

Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler

Erik Falkum

erik.falkum@medisin.uio.no

Bengt Olavesen

Avdeling for forskning og fagutvikling. Klinikk for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus, Aker

erik.falkum@medisin.uio.no

Karsten Hytten

Skillelinjene mellom psykoterapeutiske skoler er uklare, og mange psykoterapiforskere mener at de fleste av dem kan tilordnes fire–fem hovedtradisjoner. Likevel ser antallet skoler ut til å øke. Hvorfor er det sånn?

«Schools of therapy are often more political, economical, and power based than knowledge focused»

Det finnes angivelig mer enn fire hundre psykoterapeutiske retninger (Corsini & Wedding, 2005). Når en terapeutisk retning resulterer i en organisasjon som fremmer tenkningen og tilbyr utdanning i den, snakker vi om en psykoterapeutisk skole. Vi finner et stort antall akronymer som faller lettere i munnen enn skolenes fullstendige navn: DBT, CBT, MBT, IPT, osv. Mangfoldet av akronymer kalles ofte *tre-bokstav-syken* eller den psykoterapeutiske alfabetsuppa (Paris, 2008). Implisitt i denne betegnelsen ligger at mangfoldet er et problem som hemmer faglig utvikling og svekker psykoterapifeltets status som vitenskapelig disiplin. Mange av de påståtte forskjellene mellom skolene finnes ikke, og de fire hundre retningene kan trolig tilordnes bare noen få ulike behandlingstradisjoner (London, 1964).

Gjennom sitt pionerarbeid beskrev Sigmund Freud kjernekomponentene i det som kan kalles spesifisitetsmodellen i psykoterapifeltet: en klient med en *forstyrrelse*, en plage eller et problem, en psykologisk *forklaring* på problemet, en *endringsmekanisme* og en *spesifikk terapeutisk teknikk*. Freuds konkrete beskrivelser av kjernekomponentene har imidlertid mange paralleller. Når en depressiv lidelse skal forklares, kan hovedvekten legges på sårbarhet etablert i samspillet med barndommens omsorgspersoner og denne sårbarhetens konsekvenser for nåtidige relasjoner (som i psykoanalytisk terapi), på negative automatiske tanker (som i CBT), på manglende eller vanskelige nåtidige relasjoner (som i interpersonlig terapi) eller på sparsom eller ensidig negativ feedback (som i atferdsterapi). Det finnes altså ikke noen «grand unified theory» i psykoterapifeltet (Wampold, 2009). Dette kommer til uttrykk i *tre-bokstav-syken*.

Størstedelen av dagens psykoterapiforskning tar utgangspunkt i spesifisitetsmodellen. Manualer beskriver i detalj intervensjonene som skal testes, og det legges stor vekt på at terapeutene følger dem fra punkt til punkt. Identifisering av *spesifikke* terapeutiske faktorer tenderer trolig mot å fremme skoledannelsen.

Med utgangspunkt i forskningen på faktorer som er *felles* for de ulike terapeutiske skolene, har en alternativ modell vokst fram – den såkalte *kontekstuelle modellen*. Allerede i 1936 hevdet

Rosenzweig at de ulike terapeutiske skolenes talsmenn for en stor del sang de samme sangene, og at behandlingsresultatene var svært like. Han brukte en metafor fra Alice in Wonderland for å beskrive dette: «Alle har vunnet, og alle må få premie.» Metaforen ble siden kjent som «Dodobird-effekten» i psykoterapiforskningen. Rosenzweig hevdet at det i tillegg til de anvendte metodene og deres teoretiske fundament finnes en rekke ikke anerkjente faktorer som er virksomme i enhver terapeutisk situasjon, og som kan være vel så viktige som de bevisst anvendte metodene (Rosenzweig, 1936). Det finnes ikke noen fullstendig omforent liste over slike fellesfaktorer, men de følgende inkluderes av de fleste: den terapeutiske alliansen, korrektiv emosjonell erfaring, terapeutens oppmerksomhet, empati og anerkjennelse og hans/hennes orientering om behandlingsmetodens grunnlag. Psykoterapiforskningen har siden stort sett styrket Dodobird-effekten (Frank & Frank 1991, Lambert 1992). Wampold (2009) konstruerer sin versjon av den kontekstuelle modellen utelukkende på grunnlag av fellesfaktorer og forventninger, og avviser at spesifikke faktorer har terapieffekt. Dermed flyttes fokus fra konkrete endringsteorier og spesifikke teknikker til terapeutens relasjonelle kompetanse. Den kontekstuelle modellen, og særlig forskningen på fellesfaktorer som ligger til grunn for modellen, er et sentralt utgangspunkt for den *integrative* psykoterapeutiske tradisjonen, hvis mål blant annet er å bryte ned skolegrensene.

Det er selvsagt en fare at denne tradisjonen blir til en ny skole («integrativ psykoterapi») og dermed framtrer som selvrefererende inkonsistent, men tradisjonen rammes foreløpig ikke tungt av denne innvendingen (Wachtel 2011). I tillegg til å rette oppmerksomheten mot fellesfaktorene, oppfordrer tradisjonen behandlere til å lære seg flere tilnærminger og metoder, slik at det beste kan hentes ut av hver retning og terapien i større utstrekning kan skreddersys til den enkelte pasient (Norcross & Goldfried, 2005; Benum, Axelsen & Hartmann, 2013).

Den integrative tradisjonen målbærer vårt utgangspunkt i dette essayet: de tallrike skolene i psykoterapifeltet står i veien for faglig utvikling. Lanseringen av nye psykoterapimodeller kan selvsagt forstås på flere ulike nivåer (psykologiske, sosiologiske, økonomiske). For eksempel har etablerte skoler ofte vært konservative og lite mottakelige for endring (Kernberg, 1996, 2012; Harris, 2013). Terapeuter har derfor noen ganger måttet bryte ut for å kunne teste ut nye ideer, og har siden dannet nye skoler. Noen av disse bygger på moderne psykoterapiforskning eller annen psykologisk forskning med relevans for behandling, mens andre utelukkende bygger på klinisk empiri. I de siste par tiårene kan kravene om effektivitet og evidens fra helsemyndigheter, forsikringsselskaper og andre eksterne krefter tenkes å ha fremmet skoledannelsen (Greenberg, 2010). Vårt første hovedfokus er imidlertid den sentrale rollen behandleres og forskeres *personlige, økonomiske og sosiale interesser* trolig spiller når nye skoler oppstår og lanseres. For at en skole skal kunne oppstå, er det ikke nok å identifisere virksomme terapifaktorer og modeller. Modellene må også *markedsføres*.

USA: psykoterapifeltet en markeds plass?

En stor andel av de vel fire hundre psykoterapiretningene er skapt av amerikanske kolleger med tilknytning til akademia, og ettersom amerikanske universiteter og høyskoler ofte forutsetter at de ansatte tjener inn sin egen lønn på den ene eller andre måten, vil etableringen av en egen psykoterapiretning kunne framstå som en økonomisk mulighet. Hvis muligheten skal vare ved over tid, er det nødvendig at retningen oppfattes som ny og annerledes, og at grensene mot andre retninger er tydelige. Det betyr at de som lanserer retningen, har en klar interesse av å aksentuere forskjeller og kanskje også tilsløre likheter. I beste fall klarer de å skape en *bevegelse*, eller en skole.

De tallrike skolene i psykoterapifeltet står i veien for faglig utvikling

Når forskere eller terapeuter legger vekt på forskjeller som i realiteten er uklare eller til og med ikke-eksisterende, hemmer det faglig utvikling. Faglig utvikling forutsetter at det som er felles for ulike skoler, identifiseres, anerkjennes og danner grunnlag for revisjoner, slik det skjer i vitenskapens verden. De vitenskapelige tidsskriftenes regel om flagging av interessekonflikter burde derfor gjøres gjeldende også i denne sammenhengen.

Økonomiske motiver er ofte koplet til behov for «ære, makt og berømmelse.» Sammen øker disse motivene og behovene tendensen til å blåse opp forskjeller, og noen ganger kommer de også til uttrykk ved at oppdagelser og refleksjoner som tidligere er gjort av andre, dukker opp som nye, kanskje i en litt forskjellig språkdrakt, uten at det henvises til den opprinnelige opphavspersonen. En kollega gjentant for eksempel lange resonnementer som var identiske med Donald Winnicotts tidligere refleksjoner, i en tekst av en kjent amerikansk terapeut – uten noen referanse til Winnicott (Aron, 2004; Winnicott, 1971). Den ærlige forfatteren sa rett ut at innenfor det amerikanske systemet var det helt nødvendig å framstå nyskapende for å klare seg i konkurransen.

Selv om de fleste av de psykoterapeutiske skolene har sett dagens lys i USA, gjenfinner vi de samme mekanismene i verden ellers, i Europa, og etter hvert også i Norge. Det mest iøynefallende norske eksemplet på denne problematiske relasjonen mellom fag og forretning er markedsføringen av mentaliseringsbasert terapi.

Mentaliseringsbasert terapi i Norge

Hva er mentalisering? Nettstedet mentalisering.no definerer fenomenet som «implisitt og eksplisitt fortolkning av egne og andres handlinger som meningsfulle uttrykk for indre liv (behov, ønsker, følelser og fornuft)». Det er lett å være enig i at evnen til å mentalisere «lies at the heart of humanity» (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Begrepet beskriver et globalt fenomen som er forsøkt beskrevet mange ganger tidligere, blant annet ved begreper som refleksjon, affektbevissthet, innsikt, empati, metakognisjon og «psychological mindedness». Mentalisering er et *pedagogisk* vellykket begrep, men det er grunn til å spørre seg om det beskriver noe grunnleggende nytt. Det hevdes at begrepet skiller seg ut ved å involvere både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Men det er ikke sannsynlig at verken Erik Erikson (1902–94), George Herbert Mead (1863–1931) eller for den del den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831), som alle beskrev hvordan selvet dannes og utvikles gjennom de mangfoldige interaksjonene mellom individet og det sosiale og kulturelle miljøet som omgir personen, skulle mangle forståelse og blick for det mellommenneskelige perspektivet (Falkum, Hytten & Olavesen, 2011). Innenfor psykoanalysen har den interpersonlige og relasjonelle tradisjonen lenge vært opptatt av både det intrapsykiske, det interpersonlige og av kulturell kontekst (Mitchell, 1988).

Det som primært skiller MBT-skolen fra andre skoler, er dens *teoretiske* fundament, i evolusjonspsykologi, nevrobiologi og særlig i tilknytningsteori (Allen, 2003).

Markedsføringen av mentaliseringsbasert terapi er paradoksal. På den ene siden innrømmer tradisjonens talsmenn at den ikke inneholder noe nytt utover et prosessorientert fokus på å fremme evnen til å mentalisere hos pasienten. De erkjenner også at *de fleste* terapitilnærminger tenderer mot å fremme mentalisering. Jon Allen innlemmer mentalisering blant *fellesfaktorene*, ikke blant de spesifikke endringsfaktorene, og i Karterud og Batemans manual for mentaliseringsbasert behandling

er det bare fire av nitten terapiprinsipper som ser ut til å være særegne for MBT (Karterud & Bateman, 2010). Men i Norge presenteres skolen samtidig som noe epokegjørende nytt med en temmelig grandios retorikk. I innledningen til den norske utgaven av Bateman og Fonagys praktiske veileder for mentaliseringsbasert behandling ved borderline-forstyrrelser, (Bateman & Fonagy, 2007) skriver Skårderud og Karterud at

«i skrivende øyeblikk er vi vitner til en terapeutisk og teoretisk *bevegelse* (vår utheving) i dens fødselsfase, eller kanskje dens tidlige barndom. Det er alt annet enn en dristig spådom at oppmerksomheten om denne tradisjonen vil bli betydelig i de nærmeste årene. Det vil bli spennende å følge denne tradisjonen i dens videre utvikling» (s. XVIII).

Det er hevet over tvil at de to psykiaterne ikke passivt har *observert* denne utviklingen, men snarere arbeidet intenst for å *skape* denne bevegelsen. Samtidig selger de utdanning i mentaliseringsbasert behandling til høye priser.

MBT har så langt dokumentert effekt kun ved borderline-tilstander, men markedsføres delvis også ved en rekke andre lidelser, som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, PTSD og ruslidelser. Bateman og Fonagy har antydnet at alle psykoterapier virker ved å øke pasientens evne til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010), en påstand som mange i utgangspunktet vil oppfatte som temmelig reduksjonistisk.

Etter vår oppfatning trenger vi ikke flere *bevegelser* i psykoterapifeltet. Bevegelsenes diskurs er oftest lukket, eksklusiv og misjonerende (eller markedsførende), og står i skarp kontrast til vitenskapens diskurs når den er på sitt beste. Da er den åpen, nysgjerrig og selvkritisk, den holder fag og forretning fra hverandre, og den visker ut skolegrensene til fordel for integrasjon og reelle skillelinjer.

Det faglige kollegiets mottakelighet for skoler

Hvis markedsføringen av en ny psykoterapeutisk skole skal kunne lykkes, må det faglige kollegiet være noenlunde mottakelig for ideene bak den. En slik mottakelighet kan være uttrykk for en reflektert og vitenskapelig fundert åpenhet for ny kunnskap. Men den kan også være basert på en kognitiv «lukning» (Kruglanski, 2004) relatert til opplevelsen av stress og usikkerhet i det psykoterapeutiske arbeidet. Arbeidshverdagen i psykoterapi og i klinikk for øvrig er kompleks og krevende. Det uoversiktlige kognitive og følelsesmessige landskapet gir ofte behandleren en intens opplevelse av usikkerhet og mangel på kontroll. Denne opplevelsen må holdes på et rimelig nivå hvis jobben skal kunne utføres.

Kognitiv lukning – system 1 og 2

Daniel Kahnemans forskning dreier seg for en stor del om å forstå den kognitive lukningens bakgrunn og fenomenologi, uansett årsak (Kahneman, 2012; Tversky & Kahneman, 1974). Den er en viktig nøkkel til forståelse av det faglige kollegiets mottakelighet for skoler.

I vårt kognitive apparat finnes det et raskt og et langsomt system. *System 1* opererer automatisk og raskt, og gir oss ikke noen opplevelse av at vi anstrenger oss eller har viljemessig kontroll. Det er operativt når vi identifiserer fiendtlighet i en stemme, når vi leser en enkel setning i en bok, og når vi finner ut hvor en høy lyd kommer fra. *System 2*, derimot, krever oppmerksomhet og mental

anstrengelse, og gir oss opplevelsen av konsentrasjon, valg og handling (Stanovich & West, 2000). Eksperimentelle studier viser at langsom tenkning tapper energi (Muraven, Tice & Baumeister, 1998). Glukosenivåene i blodet synker ikke bare ved fysisk arbeid, men også ved langsom tenkning (Gailliot & Baumeister, 2007). System 2 er operativt når vi søker i hukommelsen for å identifisere kilden til en uvant lyd, og når vi undersøker et sammensatt logisk resonnement.

Både System 1 og System 2 er aktive når vi er våkne, og de interagerer med hverandre. System 1 er kontinuerlig og automatisk aktivt, mens System 2 mesteparten av tiden går på et komfortabelt lavbluss. System 1 produserer «forslag» for System 2-inntrykk, intensjoner, intuisjoner og følelser. Hvis inntrykk og intuisjoner bekreftes av System 2, blir de til oppfatninger og holdninger, og impulser blir til viljestyrte handlinger. System 2 kan altså endre måten System 1 fungerer på. Men fordi System 2 krever oppmerksomhet og energi, finnes det en rekke situasjoner hvor kontrollen av System 1 er mangelfull eller svikter (Kahneman, 2012).

I psykoterapeutens komplekse og krevende hverdag er det kritiske og tvilende System 2 trolig ofte overbelastet eller tappet for energi. I slike situasjoner kan System 1, som er «biased to believe», fort bli dominerende, og vi kan komme til å tro på utsagn som System 2 ville forkastet.

Ubalanse mellom rask og langsom tenkning skaper en viktig del av grunnlaget for det som kalles *bekreftelsesbias*, vår tendens til å søke og finne bevis som bekrefter våre allerede etablerte oppfatninger, og til å ignorere eller ugyldiggjøre bevis for det motsatte (Shermer, 2011). Bekreftelsesbias undertrykker tvetydighet og innsnevrer tolkningsrommet som produserer usikkerhet.

Eksemplene nedenfor belyser hvordan forholdet mellom System 1- og System 2-funksjoner kan påvirke etablering og vedlikehold av psykoterapeutiske skoler.

Den engelske psykoanalytikeren Donald Meltzer (1922–2004) fungerte i en periode som veileder i et seminar vi deltok i på 80-tallet. Ved en anledning ble en tegning laget av en pasient med schizofreni lagt fram sammen med et utsnitt av sykehistorien. Veilederen identifiserte både livmor og urinblære på tegningen og ga en tilsynelatende koherent fortolkning av tegning og sykehistorie som passet godt med Melanie Kleins forståelse av psykosens uttrykk og grunnlag. Fortellingen inneholdt ingenting om alternative fortolkninger eller om tegningen overhodet kunne fortolkes meningsfullt. Dette kan forstås som et eksempel på bekreftelsesbias. Og vi som satt i auditoriet, lyttet uten å stille spørsmål ved fortolkningen. Vi demonstrerte autoritetsbias, tendensen til å verdsette autoriteters oppfatninger høyere enn andres. System 2 var koplet ut i situasjonen. Behovet for å redusere opplevelsen av usikkerhet i terapiarbeidet var trolig en viktig del av bakgrunnen for utkoplingen. Ved å overta veilederens perspektiv og forståelse og generalisere denne gjennom et sett av behandlingsalgoritmer og heuristikker («tommelfingerregler» for fortolkning og intervensjoner i denne typen situasjoner), kunne vi opprettholde opplevelsen av klarhet og forutsigbarhet i terapiarbeidet. La oss understreke at eksemplet ikke er typisk for den psykoanalytiske tradisjonen, som rommer et mangfold av forståelsesmåter, hvorav de fleste er mer empirisk forankret enn denne.

En kollega formidlet tilsvarende følgende historie, som kan illustrere bekreftelsesbias hos en CBT-terapeut: En 45 år gammel kvinnelig lærer kom for øyeblikkelig hjelp til poliklinikken, fulgt av en mannlig inspektør, etter at hun hadde hatt et panikkanfall på skolen. Hun hadde utviklet agorafobisymptomer og klarte ikke å jobbe. I samtalen med vakthavende psykolog kom det fram at hun hadde hatt sju panikkanfall de siste to månedene. Hun hadde et stressende arbeid og slet med omsorgen for to tenåringsbarn som var i ferd med å flytte hjemmefra, og med egne foreldre som hun tok seg mye av. Behandleren diagnostiserte panikkklidelse med agorafobi, og pasienten fikk tilbud om kognitiv terapi og et SSRI-preparat. Etter noen ukers terapi var det lite bedring å spore. Ved nøyere utforskning av kvinnens liv kom det fram at hun hadde hatt et utenomekteskapelig

forhold til inspektøren som fulgte henne til poliklinikken, i over to år. Det ble åpenbart at hun levde med stor indre konflikt og i en eksistensiell krise. Behandlerens sterke identitet i CBT-tradisjonen, som fokuserer på symptomer og vedlikeholdende faktorer, førte i dette eksemplet trolig til at kontekstfaktorene ikke ble utforsket grundig nok. De klare symptomene og diagnosene aktiverte en behandlingsalgoritme og et sett av heuristikker som innebar «jumping to conclusions». Dermed er det selvfølgelig ikke sagt at en slik innsnevring av det kliniske perspektivet er noen nødvendig følge av behandlerens teoretiske tilhørighet. Men kanskje er det slik at psykoanalytisk forståelse tenderer mot «symbol-bias», mens kognitiv forståelse tenderer mot «symptom og diagnose-bias».

Resonnementet ovenfor innebærer at vi bør vie mer tid til å studere fenomenet bias og mer eller mindre bevisste faglige heuristikker som forenkler beslutningsprosesser (Kahneman, Slovic & Tversky, 1982), men som samtidig kan innebære feiltolkninger og gale valg. Disse fenomenene uttrykker en stress- og usikkerhetsbasert mottakelighet i det faglige kollegiet for skoler som forenkler og forklarer verden, et rom for markedsføring av nye terapiretninger, og også for terapiretninger som presenteres som nye, men som ved nærmere gransking viser seg å være gammel vin på nye flasker. Et kritisk blikk på bias og heuristikker med utgangspunkt i distinksjonen mellom rask og langsom tenkning kan stimulere til en mer produktiv diskusjon om de psykoterapeutiske skolenes grunnlag, kjennetegn og begrensninger. Et slikt blikk vil på sikt bidra til å øke terapeutens toleranse for usikkerhet og gjøre ham/henne mindre mottakelig for skoler, som har mange svar, men ofte få spørsmål.

Den integrative tradisjonen fortjener honnør for å ha problematisert tre-bokstav-sykens utbredelse. I dag ser vi tegn på større åpenhet og gjensidig anerkjennelse i de etablerte hovedtradisjonene. For eksempel diskuterer den psykodynamiske og den kognitive tradisjonen endringsteori og konkrete metoder med større gjensidig respekt enn for ti år siden, noe som gir grunn til optimisme. Det synes videre å være bred enighet om fellesfaktorenes store betydning. I et vitenskapelig perspektiv er det viktig å understreke at listen over fellesfaktorer alltid bør være åpen for endring på grunnlag av nye forskningsfunn. I tidens løp kan det vise seg at antatt spesifikke faktorer snarere bør innlemmes blant fellesfaktorene. Identifiseringen av spesifikke terapifaktorer vil fortsatt kunne danne grunnlag for nye skoler, men vil også kunne tilføre ny substans til en integrasjonsorientert diskurs. Det er med andre ord ikke noen nødvendig motsetning mellom spesifisetsmodellen og en ambisjon om å integrere de ulike retningene.

Faglig utvikling på psykoterapifeltet forutsetter at ideologier skyves til side til fordel for det vitenskapelige perspektivet. Som sentrale ideologiprodusenter må skolene derfor reduseres i antall. I tillegg til fokus på kollegiets «negative» mottakelighet krever dette også at søkelyset rettes mot koplingen mellom fag og forretning, som blir vanskeligere når mottakeligheten for skoler reduseres. ×

Referanser

- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic* 67(2), 91–112.
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Aron, L. (2004). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2),349–368.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Benum, K., Axelsen, E. D., Hartmann, E. J. (red). (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax forlag.

- Corsini, R. & Wedding, D. (red.) (2005). *Current Psychotherapies* (7. ed.) Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson.
- Falkum, E., Hytten, K., Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1080–1085.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy* (3. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gailliot, M. T. & Baumeister, R. F. (2007). The Physiology of Will Power: Linking Blood Glucose to Self Control. *Personality and Social Psychology Review*, 11(4), 303–327.
- Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. Washington DC: Magination Press, American Psychological Association.
- Harris, R. (2013). *ACT – helt enkelt og greit. En innføring i aksept og forpliktelsesterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kahneman, D., Slovic, P., Tversky, A. (1982). *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. New York: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, Fast and Slow*. London: Penguin Books.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(5), 1031–1040.
- Kernberg, O. (2012). Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 60(4), 707–719.
- Kruglanski, AV. (2004). *The Psychology of Closed Mindedness*. New York: Taylor and Francis
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (red.), *Handbook of Psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Muraven, M., Tice, D. M. & Baumeister, R. F. (1998). Self Control as a Limited Resource: Regulation Depletion Patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 774–789.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder. A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: The Guildford Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- Shermer, M. (2011). *The believing brain. From spiritual faith to political convictions*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Stanovich, K. E. & West, R. F. (2000). Individual Differences in Reasoning: Rationality Debate. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), 645–665.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science New Series*, 185, No 4157.
- Wachtel, P. (2011). *Therapeutic Communication: Knowing what to say when*. New York: Guilford.
- Wampold, B. (2009). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.