

Konfrontera patient – en kärleks

Intensiv dynamisk korttidsterapi, ISTDP, vinner mark i Skandinavien. Metoden syftar till att åstadkomma djupgående terapeutiska förändringar inom ett tidsbegränsat format, med hjälp av empatiska konfrontationer av patientens försvar. Nyligen var den amerikanske psykoterapeuten Jon Frederickson, som undervisar i ISTDP i Norge och föreläste. Tor Wennerberg rapporterar.

ens försvar handling

”Att blockera och avbryta patienters försvar är en medkännande handling, en kärlekshandling. Vi avbryter patientens försvarsbeteenden därför att försvararen är destruktiva och grymma mot patienten.”

Det förklarade Jon Frederickson, psykoterapeut verksam i Washington, DC, på ett välbesökt seminarium om ISTDP (*intensive short-term dynamic psychotherapy*,

eller intensiv dynamisk korttidsterapi), i norska Drammen i november förra året. Under seminariet visade Frederickson, utspjutt över två dagar, en tre timmar lång inledande ISTDP-terapisession (*trial therapy*) med en manlig patient i sextioårsåldern. Mannen uppvisade starkt motstånd mot att ingå en terapeutisk allians och hade flera misslyckade försök med psykoterapi bakom sig.

Fredericksons ytterst målmedvetna och fokuserade arbete med att identifiera, klargöra och konfrontera patientens försvar mot känslomässig närhet väckte starka komplexa överföringskänslor hos patienten, en blandning av ilska över att få sina försvar konfronterade och djup tacksamhet över att någon, kanske för första gången, var tillräckligt intresserad av att vilja ta reda på vem han var bakom försvarerna för att inte acceptera hans distansskapande manövrer.

Efter ett par timmars ihärdigt och intensivt arbete med försvarerna – exempelvis känslomässig avstängdhet, förnekande, undvikande, intellektualisering, projektion, passivitet – nådde patienten fram till ett genombrott av komplexa överföringskänslor, det som i ISTDP kallas *unlocking of the unconscious*, en öppning av det omedvetna. Tidiga känslor av övergivenhet blev nu tillgängliga för patienten, och han kunde börja utforska sin sorg och sitt reaktiva raseri över tidigt frustrerade anknytningsbehov, liksom den intensiva skuld och det behov av självbestraffning som raseriet hade väckt hos honom.

Det är en särskild upplevelse att se ISTDP bedrivas av en skicklig och erfaren terapeut som Frederickson. Metoden framstår som ytterligt svår att lära sig, men det är inspirerande att se de resultat den kan åstadkomma i erfarna händer. Så beskrev också Frederickson, när jag frågade honom i en paus, sin egen reaktion när han stötte på ISTDP första gången (han hade dessförinnan arbetat i närmare tjugo år som psykoanalytiskt orienterad psykoterapeut): ”Det här kommer jag *aldrig* att kunna lära mig!” Men också, i nästa ögonblick: ”Det här *måste* jag lära mig!”

INTENSIV DYNAMISK korttidsterapi, ISTDP, är en terapiform som utvecklades av psykiatern och psykoanalytikern Habib Davanloo från 1960-talet och framåt. Den syftar till att åstadkomma djupgående terapeutiska förändringar inom ramen för ett tidsbegränsat format (antalet sessioner är dock inte specificerat på förhand i ISTDP, utan terapins längd anpassas efter patientens behov). Medan andra psykodynamiska

korttidsterapier, som byggt på ett aktivt och framåt drivande *tolkningsarbete* från terapeutens sida, har varit beroende av att patienter uppvisat hög motivation och lågt motstånd, utvecklade Davanloo innovativa icke-tolkande metoder för att på kort tid övervinna patienters motstånd mot förändring och mobilisera det han kallade ”den omedvetna arbetsalliansen”, patientens omedvetna önskan att bli frisk. På det sättet lyckades han göra psykodynamisk korttids-terapi till ett möjligt behandlingsalternativ för ett bredare urval patienter än som tidigare varit fallet.

SEDAN DAVANLOO PÅ 1970-talet börjat presentera sina otvetydiga behandlingsresultat med hjälp av videodemonstrationer på symposier och workshops, förutspådde David Malan att Davanloos metoder skulle komma att revolutionera psykoterapin inom en tioårsperiod. ”Freud upptäckte det omedvetna; Davanloo har upptäckt hur man kan använda det psykoterapeutiskt”, som Malan (1980, s 23) uttryckte det. Den förutsägelsen visade sig inte slå in. Anledningen, som Malan (1996) senare konstaterade, var att Davanloos metoder visade sig extremt svåra för andra terapeuter att lära sig, inte minst för att han använde ett starkt konfrontativt, närmast antagonistiskt förhållningssätt till patienternas försvar och motstånd.

Davanloos sätt att bedriva ISTDP är emellertid inte det enda, och metoden har sedermera vidareutvecklats av tongivande psykoterapeuter som själva lärde sig metoden av Davanloo, bland andra Patricia Coughlin och Jon Frederickson. Även om metoden fortfarande är mycket svår och tidskrävande att lära sig har den därför delvis omformats på ett sätt som kan göra den lättare för psykoterapeuter att ta till sig. Fokus ligger fortfarande på terapeutens målmedvetna och aktiva arbete med att identifiera, klargöra och konfrontera patientens försvar och motstånd mot förändring, men konfrontationerna görs på ett mjukare och mer tydligt empatiskt sätt än som var utmärkande för just Davanloos personliga stil (Malan 1996). (Det är viktigt att just framhålla att begrep-

pet konfrontation i det här sammanhanget inte har något med aggressivitet att göra, utan enbart handlar om att patientens försvar påtalas och uppmärksammas av terapeuten, samtidigt som patienten uppmuntras att lägga försvaret åt sidan och i stället tillåta sig att känna den underliggande känslan.)

Davanloo hade tidigt tagit intryck av psykiatern Erich Lindemanns forskning, som visade att patienter som kom till psykoterapi i en akut krisfas tenderade att uppnå djupgående och bestående förändringar på kort tid. Förklaringen låg i att den akuta krisen överbelastade individens psykologiska försvar, så att starka känslor – med kopplingar bakåt i livshistorien – fanns tillgängliga för genomarbetning. Davanloos terapeutiska interventioner syftade till att *framkalla* en intrapsykisk kris hos patienten, så att patientens önskan att bli frisk kunde få överhanden över försvaren och motståndet mot förändring. Från 1960-talet och framåt började han spela in sina terapisessioner på video, och systematiskt pröva vilka interventioner som ledde framåt och vilka som tycktes stoppa upp processen. Han utvecklade en interventionssekvens som fick benämningen *den centrala dynamiska sekvensen*, och som består av en rad moment: 1) utforskande av patientens problem, med fokus på specifika exempel och på de känslor som väcks hos patienten när han eller hon berättar om dem; 2) analys och klargörande av de försvar patienten använder för att undvika sina känslor och den ångest känslorna väcker; 3) uppkomst och genombrott av komplexa överföringskänslor; 4) frigörande (*de-repression*) av minnen och associationer som möjliggör ett meningsfullt utforskande av patientens historia, det vill säga *unlocking of the unconscious*, öppning av det omedvetna systemet; och 5) tolkning och kognitiv konsolidering av erövrade känslomässiga insikter (Davanloo 1990; Malan & Coughlin Della Selva 2006).

ISTDP GRUNDAR SIG, i sin syn på relationellt orsakad psykopatologi, på psykoanalytisk metapsykologi och John Bowlbys anknytningsteori. Våra 30 000 år gamla hjärnor reagerar, när

vi är små, på störningar och avbrott i våra primära anknytningsrelationer som hot mot överlevnaden. Känslor, impulser och beteenden hos barnet som väcker föräldrarnas ångest eller av andra skäl framkallar känslomässigt avstånd och övergivenhet blir *toxiska* för barnet: dessa delar och aspekter av det egna självet upplevs därefter som hot mot känslan av att vara anknuten, det som för människan (en nomadiserande primat, i genetiskt avseende) är den fundamentala källan till trygghet. Känslor och impulser blir på så sätt till fobiska inre stimuli.

Så uppstår våra inre konflikter: *känslor och impulser*, som kommer inifrån självet, uppfattas som hot mot överlevnaden och väcker därför *ångest*, som i sin tur ger upphov till *försvar*. Ångesten är en signal om att känslan eller impulsen hotar den livsviktiga relationen till anknytningspersonen och därför måste undertryckas. För att uppnå ett mått av trygghet tvingas individen sedan på olika sätt försvara sig mot den ångest som känslorna väcker. På så sätt vidmakt hålls fobin för de toxiska känslorna och impulserna, och individen förblir i konflikt med sig själv. Detta är den berömda konflikttriangeln, som tillsammans med persontriangeln bildar utgångspunkten för det terapeutiska arbetet i ISTDP (se illustration).

Det omedvetna psykiska systemets innersta kärna är en medfödd strävan efter anknytning, eller kärleksfull närhet till andra. När denna strävan frustreras tidigt i livet resulterar det i psykisk smärta, raseri och sorg. Raseriet mot viktiga anknytningspersoner, som samtidigt älskas högt, leder i sin tur till intensiv skuld (eftersom barnet är biologiskt predisponerat att bevara sina anknytningsrelationer till vilket pris som helst). Hela detta känslökomplex förblir omedvetet, en implicit minnesstruktur baserad på tidiga, kumulativt traumatiserande erfarenheter i anknytningsrelationer. Den omedvetna skulden över raseriet och impulserna att skada eller döda anknytningspersonerna kan också ge upphov till ”överjagspatologi”, ett omedvetet behov av självbe-

straffning och självsabotage, som också kan ses som ett uttryck för att individen har internaliserat en försummande eller övergivande vårdnadsgivares attityd till själv. Tidig känslomässig övergivenhet kan resultera i att individen, för att skydda sig själv mot smärta, fattar ett omedvetet beslut om att aldrig släppa en annan människa så nära igen (Coughlin Della Selva, 1996).

Försvar och motstånd i psykoterapi handlar, enligt Davanloo, om individens strävan att undvika att detta smärtsamma känslomässiga aktiveras och rörs upp genom terapeutens utforskande inställning till patientens problem och strävan att lära känna honom eller henne. Till allra största delen är detta motstånd omedvetet, och fungerar på en implicit nivå, som automatiserade beteenden utom räckhåll för medvetandet. Förutom de vanliga *formella* psykologiska försvar – som intellektualisering, rationalisering, reaktionsbildning, förnekande, projektion, etcetera – identifierade Davanloo en rad *taktiska* försvar som används interpersonellt för att förhindra känslomässig närhet.

Taktiska försvar är alla slags manövrer som används för att förhindra

meningsfull känslomässig kontakt, och de är antingen verbala eller icke-verbala. Till verbala taktiska försvar räknas sådant som vagt och generaliserande tal, motstridiga uttalanden, sarkasmer och överdriven verbal aktivitet. Icke-verbala taktiska försvar innefattar exempelvis undvikande av ögonkontakt, leenden och skratt (som täcker över en känsla), känslomässig avstängdhet och gråtighet (*weepiness*, väsensskild från djup gråt).

Tagna var för sig innebär försvar – exempelvis intellektualisering eller splittrat och ofokuserat tal – ett undvikande av en toxisk känsla eller impuls, men sammantagna, på makronivå, bildar försvar en interpersonell barriär, ett defensivt system som skyddar mot känslomässig närhet. ”Detta skyddslager [runt det intrapsykiska systemet] tjänar ett dubbelt syfte genom att avvärja verklig eller förväntad smärta från både inre och yttre källor”, framhåller Coughlin Della Selva (1996, s 13). Avståndet till andra (och till det egna inre livet) säkerställer att de omedvetna toxiska känslorna hålls deaktiverade, men till priset av en brist på genuin närhet till andra. Det är dessa försvar, såväl formella som taktiska, som riskerar att

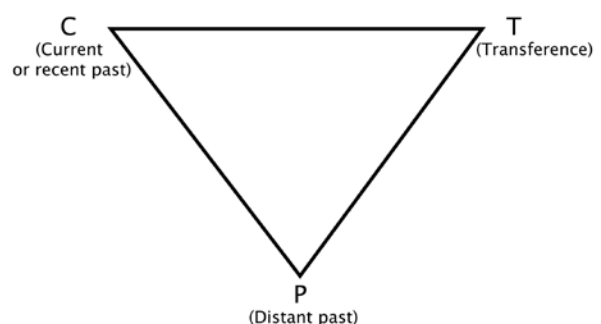
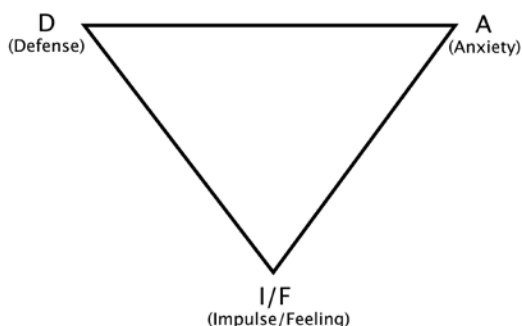
kraftigt fördröja eller omintetgöra terapins effekter om patienten inte får hjälp att övervinna dem.

SOM JON FREDERICKSON framhöll på seminariet syftar försvar egentligen till att *bevara* individens relationer, inklusive den terapeutiska relationen. De känslor och impulser som blivit toxiska för patienten är de som framkallade smärtsam övergivenhet, och därmed reaktivt raseri och sorg, i hans eller hennes tidiga anknätningsrelationer. Känslorna och impulserna upplevs därför som farliga och relationsförstörande: det är vad ångesten signalerar. Men medan försvar hjälpte patienten i det förflutna, är samma försvar det som orsakar smärta, depression, ångest och lidande i dag. Lösningen har blivit problemet.

MOTSTÅNDET OCH DEN omedvetna arbetsalliansen existerar i omvänd proportion till varandra, och det inledande arbetet går ut på att hjälpa patienten att tippa över balansen till arbetsalliansens, eller den känslomässigt öppna relationens, fördel. Ett viktigt inslag i det inledande arbetet handlar därför om att ”vända jaget mot försvar”, det vill säga att

Konflikttriangeln och persontriangeln ("Malans trianglar")

Människans inre konflikter och deras dynamiska ursprung illustreras i konflikttriangeln och persontriangeln.



I det nedre hörnet i konflikttriangeln återfinns känslor och impulser som ilska, ledsenhet, glädje, närhetssökande, etc (I/F, *impulse/feeling*). När dessa känslor resulterar i negativa interpersonella erfarenheter blir de förknippade med ångest (A, *anxiety*, övre högra hörnet), och undviks eller undertrycks med hjälp av försvar (D, *defense*, övre vänstra hörnet).

De inre konflikternas ursprung står att söka i individens tidiga anknätningserfarenheter (P, *past*, det nedre hörnet i persontriangeln). Försvar som syftar till att undvika ångestkontaminerade känslor manifesteras i överföringen till terapeuten (T, *transference*, det övre högra hörnet), liksom i individens nuvarande nära relationer (C, *current*, övre vänstra hörnet).

(Sammanfattning efter Malan & Coughlin Della Selva 2006, s 10–11.)

hjälpa patienten att bli medveten om de negativa konsekvenserna av att fortsätta undvika de egna känslorna. Helst bör patienten själv formulera dessa negativa konsekvenser. Innan jaget har vänt sig mot försvaren kan försvaren inte konfronteras, eftersom konfrontationerna då kommer att upplevas som riktade mot patienten själv, och inte mot ett visst beteende som har börjat bli jagdystont. Om patienten själv känner sig konfronterad förstörs arbetsalliansen.

Terapeutens frågor om patientens känslomässiga svårigheter aktiverar smärtsamma omedvetna känslor, vilket ger upphov till omedveten ångest och försvar. Davanloo upptäckte att den omedvetna ångest som de komplexa överföringskänslorna väcker kanaliseras genom tre olika kanaler. Den väg som ångesten tar ger en signal om patientens jagstyrka och om han eller hon över huvud taget är en kandidat för en radikalt avtäckande korttidsterapi. Om ångesten kanaliseras via den viljestyrda skelettmuskulaturen (*striated muscle*), i form av suckar och fysiska rörelser som att skruva på sig eller vrida sina händer, är det ett tecken på relativt god jagstyrka, och Davanloo fann att det som regel var möjligt att gå vidare med konfrontation av försvaren och öppning av det omedvetna systemet.

Om ångesten däremot kanaliseras via den glatta muskulaturen (*smooth muscle*, som styrs av det autonoma nervsystemet), i form av till exempel huvudvärk, magont eller diarré, tyder det på en skörare jagstruktur och någon radikalt avtäckande terapi ska *inte* bedrivas. Detsamma gäller, i ännu högre grad, om ångesten ger upphov till kognitiva och perceptuella störningar (som kan vara ett utslag av dissociation). Konfrontation av försvaren kan i dessa fall leda till att symtomen förvärras och till att patienten traumatiseras. Terapin behöver då i stället inriktas på ångestreglering och jagstärkande arbete, som gradvis kan hjälpa patienten att börja kunna skilja ut de olika hörnen i konflikttriangeln (känsla, ångest, försvar) och stärka hans eller hennes förmåga att hållbara ångest. Terapeuten behöver hela tiden vara ytterst vaksam på subtila

signaler om att ångestnivån har blivit för hög och börjat överskrida patientens toleransspektrum, och då i stället omedelbart hjälpa honom eller henne att reglera ångesten.

Förutsatt att patientens ångest visar tydliga tecken på att kanaliseras via den viljestyrda skelettmuskulaturen inriktas terapeutens arbete på att systematiskt påtala och konfrontera alla försvar mot känslomässigt upplevande här och nu (efter att jaget vänt sig mot försvaren). Om försvaren konfronteras på det här sättet, empatiskt men med ihärdighet och uthållighet, uppstår till slut en intrapsykisk kris hos patienten: den



konflikten mellan
önskan att bli frisk och
önskan att undvika smärta
ställs på sin spets

inre konflikten mellan önskan att bli frisk och önskan att undvika smärta ställs på sin spets. Patientens friska sida, som bär upp den omedvetna arbetsalliansen, får hjälp av terapeutens aktiva, intervenerande hållning att övervinna det självdestruktiva motståndet. Om den omedvetna arbetsalliansen får överhanden vänder sig patienten tydligt mot försvaren och överföringsmotståndet. Det som nu händer är att de komplexa överföringskänslorna bryter igenom bortträngningsbarriären och in i medvetandet – det som Davanloo (1990) beskriver som *unlocking of the unconscious*. Upplevandet av starka känslor i överföringen – exempelvis ilska, sorg, skuld, smärta, men också starka positiva känslor av upplevd närhet – utgör själva nyckeln som öppnar det omedvetna systemet (Coughlin Della Selva, 1996).

Känslorna riktas först mot terapeuten, som nu har kommit tillräckligt nära för att aktivera icke-verbala procedurminnen av känslomässig övergivenhet, och därefter mot andra viktiga personer i nuet och det förflutna. Nu börjar genomarbetsfasen, utforskandet av de tidigare omedvetna känslor av smärta,

raseri, sorg och skuld som försvaren har syftat till att hålla inaktiverade. Vad arbetet nu går ut på är att fördjupa affektupplevelsen, så att jaget desensitiserar för de tidigare toxiska känslorna, och att därefter kognitivt konsolidera förståelsen för hur patienten har upprepat tidigt grundlagda relationella mönster, som då var adaptiva och livsnödvändiga, på ett sätt som blivit självdestruktivt i senare relationer och sammanhang.

DEN FULLA TILLGÅNGEN till en känsla innefattar, enligt Davanloo, tre komponenter eller aspekter: 1) en kognitiv benämning av känslan ("jag känner mig arg/ledsen", etc); 2) en kroppslig, fysisk upplevelse av känslan (till exempel en klump i bröstet i samband med ledsenhet, eller energi som rör sig från magen ut i kroppen i samband med ilska); och 3) en impuls eller handlingstendens (till exempel att vilja gråta eller slå och sparka). När någon av dessa komponenter fattas tyder det på förekomsten av ett försvar mot känslomässigt upplevande. När det omedvetna öppnas, och de komplexa överföringskänslorna bryter igenom, uppmanas patienten att i fantasin beskriva vad känslan – raseriet, sorgen eller skulden – får honom eller henne att vilja göra. Davanloo (1990) kallar detta "*portraiting the impulse*", ett detaljerat beskrivande av fantiserade handlingar, och det resulterar i ett drömliknande vakettillstånd, "*dreaming while awake*", som möjliggör en djupare genomarbetning och avtoxifiering av känslan. I detta tillstånd sker också, som Davanloo fann, spontana kopplingar bakåt till tidiga erfarenheter, minnen och situationer, ett uttryck för att det omedvetna systemet har öppnats. På det sättet blir det möjligt att koppla ihop konflikttriangeln och persontriangeln i den kognitiva konsolideringsfasen.

Konfrontationen av försvaren syftar, som Frederickson förklarade på seminariet, till att deaktivera överföringen och förhindra utvecklingen av en överföringsneuros. Ett starkt överföringsmotstånd kan ses som ett uttryck för patientens omedvetna strävan att upprätta en patologisk relation, som

innebär att patienten projicerar sin friska sida, sin omedvetna önskan att bli frisk, på terapeuten, medan han eller hon själv intar exempelvis en hjälplös, passiv, trotsig eller oengagerad hållning. På det sättet slipper patienten uppleva sin inre konflikt mellan önskan att bli frisk och motståndet mot förändring. Så länge patienten identifierar sig med sitt motstånd är arbetsalliansen inte etablerad. Terapeuten behöver därför deaktivera projektionerna, och återföra till patienten hans eller hennes friska sida. Om patienten till exempel säger: ”Jag är inte säker på att jag orkar göra det här” (en inbjudan till terapeuten att bli bärare av patientens önskan att bli frisk), kan en intervention syftande till att mobilisera patientens friska sida ha följande innehåll, som Frederickson framhöll: ”Om du inte gör det så kommer vi inte att kunna nå ditt mål. Om jag ger 100 procent av min energi och du ger 100 procent av din energi så kan vi få ett bra resultat. Men om du inte kan ge 100 procent av din energi så är den här processen dömd att misslyckas. Varför skulle du vilja utsätta dig själv för det?”

Överföringsmotståndet upprepar patientens destruktiva relationsmönster i stället för att förändra det. När motståndet konfronteras får patientens friska sida hjälp att kraftfullt ta ställning mot motståndet och försvararen. Terapeuten konfronteras försvararen och motståndet men framhåller hela tiden sin roll som den friska sidans allierade.

Psykopatologi är inte något som finns ”inom” patienten, framhöll Frederickson, utan något som han eller hon fortlöpande *skapar* genom sina försvarsbeteenden. När terapeuten stoppar, benämner och deaktiverar ett försvar så avbryter han eller hon den patologiskapande processen medan den pågår i rummet, och patienten får hjälp att själv vända sig mot dessa processer.

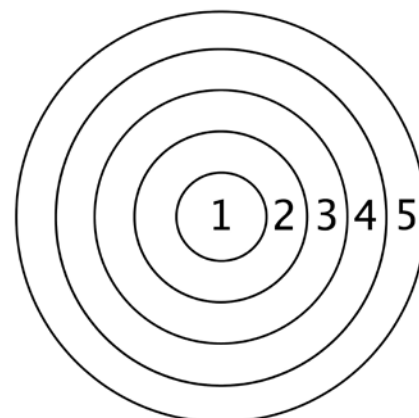
INTRESSET VAR STORT för Fredericksons seminarium, med ett hundratal deltagare från olika människovårdande professioner. I Norge liksom på andra håll i Europa finns nu ett snabbt växande intresse för ISTDP: bakom

seminariet stod den livaktiga norska ISTDP-föreningen, och nu i år startas den andra treåriga ISTDP-utbildningen i Norge under Fredericksons ledning. I Danmark har flera utbildningar redan genomförts. I Sverige påbörjades den första ISTDP-utbildningen förra året, med Patricia Coughlin som lärare och handledare, och en svensk ISTDP-förening är på planeringsstadiet. I maj besöker psykiatern och ISTDP-terapeuten Allan Abbass Norge för att presentera evidensstödet för ISTDP, och till hösten anordnas den första samnordiska ISTDP-konferensen.

Intensiv dynamisk korttidsterapi tycks nu, tre eller fyra decennier efter Davanloos pionjärbete och tack vare en ny generation lärare som har gjort metoden till sin, ha bättre förutsättningar att börja vinna spridning och etablera sig som ett viktigt komplement till andra psykoterapeutiska behandlingar, för vissa patientkategorier. De lärdomar som man inom ISTDP dragit om vikten av terapeutiskt fokus och målmedvetet, empatiskt arbete med försvar och motstånd är dessutom något som kan berika andra terapeutiska metoder och inriktningar. ■

TOR WENNERBERG

TOR WENNERBERG är aktuell med boken *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation* (Natur och Kultur, 2010).



ISTDPs modell av det omedvetna systemet

1. Kärlek och anknytning
2. Smärta och sorg
3. Vrede
4. Skuld
5. Försvar mot känslomässig närhet

Modellen beskriver de lager av känslor och försvar som kan uppstå när känslor kontamineras av ångest och undviks med hjälp av försvar. (1) Innerst i det omedvetna systemet återfinns den medfödda strävan efter kärlek och anknytning; (2) när denna strävan frustreras väcks känslor av smärta och sorg; (3) dessa känslor ger i sin tur upphov till reaktiv vrede eller raseri mot anknytningspersoner; (4) vreden väcker skuld och leder också till ångest eftersom den hotar den relation som ska säkra barnets överlevnad; (5) om närhetssökandet frustreras i tillräckligt hög grad börjar individen upprätta ett avstånd både till de egna känslorna och till andra människor, en barriär mot närhet och intimitet som Davanloo betecknar som försvar mot känslomässig närhet.

(Sammanfattning efter Malan & Coughlin Della Selva 2006, s 12–13.)

REFERENSER:

Coughlin Della Selva, P (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac Books.

Davanloo, H (1990). *Unlocking the Unconscious*. Chichester: John Wiley & Sons.

Malan, D (1980). The most important development since the discovery of the unconscious. I: H. Davanloo (red.), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. London: Jason Aronson, s 13–23.

Malan, D (1996). Foreword. I: Coughlin Della Selva, P (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac Books, s xiii–xv.

Malan, D & Coughlin Della Selva, P (2006). *Lives Transformed: A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac Books.