

Sammenhengen mellom driftstilskudd og varighet av terapi

STIG BERGE MATTHIESEN
GRO E. GJØSUND

*Forskningscenter for Arbeidsmiljø,
Helse og Sikkerhet (FAHS)
Universitetet i Bergen*

The relationship between working subsidy and length of therapy.

Abstract. — Short-term psychotherapy has become increasingly popular. Documented effects of treatment, together with professionals' wish to help as many patients as possible, are two important reasons for this increased popularity. A strained economy may also be said to contribute to such a development; patients may find it difficult to pay for long term therapies. Working subsidy received by the professional service may, however, reduce the costs for the patients. 75 % of the participants in the present survey received regular working subsidy from the local authorities. The sample was 76 Norwegian psychologists in full time private practice, from a total population of 124 (61 % response rate). A significant relationship was found between regular working subsidy and length of therapy, when a control was made for, among other things, therapeutic orientation. The length of therapy practiced by psychologists receiving working subsidy was 114 hours, whereas it was 38 hours in the other group (mean values). Short-term therapy seems to be less commonly applied among psychologists in private practice, compared to other groups of psychologists. 75 % report psychotherapy to last more than 30 hours on the average (mean length = 93,3 hours, the median score = 55 hours).

Innledning

Mer enn halvparten av de behandlingsopplegg som gjennomføres av psykoterapeuter faller innenfor en ramme som må betegnes

som korttidsterapi. Det er beregnet at gjennomsnittlig behandlingstid for voksne pasienter er 8 timers terapi over en periode på 2-3 måneder. Bare 1 av 5 terapier strekker seg over mer enn 20 timer (Koss, 1980). Det synes som om terapeuter igangsetter omfattende og langvarige behandlingsopplegg i begrenset grad. Korttidsterapi har blitt stadig mer anvendt (Sifneos, 1984; MacKenzie, 1988). Kortvarige terapier har blitt den kliniske realitet (von der Lippe, 1988).

Kortere behandlingsformer kan, ut fra flere synspunkter, også betraktes som en «treatment of choice» (Nielsen & Larsen, 1981; Nielsen & Havik, 1989a). F.eks. er det blitt utviklet flere korttidsmodeller for dynamisk psykoterapi. I noen av modellene nyttes emosjonell aktivering (angstprovosering) og terapilengde (bestemmes på forhånd) som sentrale behandlingsprinsipper. (For oversikt over modeller for korttidsterapi, se f.eks. Flegenheimer, 1982; Nielsen & Havik, 1989a; Garfield, 1989). Her i Norge har prinsipper for en mer fleksibel og pragmatisk tilnærming, den såkalte FIAT-modellen, blitt tatt i bruk (Nielsen et al., 1987; Nielsen & Havik, 1989b). Her prøver en å tilpasse og individualisere den terapeutiske tilnærming til pasientens særlige forutsetninger og behov. En klar fordel med fleksible korttidsmetoder er at de i mindre grad er pasient-ekskluderende; de fleste pasienter vil kunne profittere på korttidsbehandling.

Det finnes klare empiriske holdepunkt for å hevde at korttidsterapi representerer et selvstendig alternativ til en mer langvarig behandling (Klein, 1985). En undersøkelse viser at blant pasienter som ble tilbudt korttidsterapi ut fra 3 forskjellige arbeidsmodeller fant en som en av effektene «major symptom relief» hos 90 % av dem som fullførte behandlingen (Nielsen et al., 1987; Barth et al., 1989). I en metastudie hvor 400 kliniske undersøkelser ble sammenlignet fant en at terapivarighet nullkorrelerte ($r = -0.05$) med det anvendte mål på behandlingsnytte, effektstørrelse (Smith & Glass, 1977, 1980). De små effektforskjeller som er funnet mellom langtids- og korttidsterapi inngår i et større bilde, hvor effekten av psykoterapi dokumenteres, men hvor en har funnet små eller ingen forskjeller mellom ulike terapiretninger (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Andrews & Harvey, 1981).

En mulig forklaring på korttidsterapiens økte status er at dagens terapeuter har en sterkere helsepolitisk bevissthet. I følge Nielsen (1981) skal det tungtveiende faglige grunner til for å forvalte seg selv som terapeutisk ressurs på en så eksklusiv måte som langtidsbehandling medfører. Langvarig terapi bør representere et unntak snarere enn regelen, og først og fremst tilbys pasienter med omfattende jeg-svakhet og bastant karakter-problematikk (Nielsen, 1977). Psykologen av i dag fordeler tid og ressurser på et større antall hjelpsøkende. Det «totale» behandlingstilbud har måttet vike for mer avgrensede og realistiske behandlingsmålsettinger.

Det kan imidlertid også tenkes mer «ytre» årsaker enn helsepolitisk bevissthet og faglig profilering for at f.eks. en privatpraktiserende psykolog velger en korttidsorientert tilnærming overfor en gitt pasient. Pasienten ønsker – eller krever – raskere hjelp enn det som kan tilbys gjennom langvarige behandlingsformer (Schechtman, 1986). Et viktig stikkord er sannsynligvis økonomi. Peake & Bell (1987) hevder at mange terapeuter i privat praksis nytter korttidsterapi som et svar på økonomiske realiteter. Mange

pasienter har ikke råd til de økonomiske omkostninger det medfører å gå i langvarig terapi. Denne forventningen formidles til psykologen, gjerne på et tidlig tidspunkt i den terapeutiske prosess. Korttidsterapi blir med andre ord ofte en reaksjon på pasientens økonomiske evne mer enn et «treatment of choice» basert på faglige overlegninger. Denne artikkelen følger opp denne tråden: Kan det påvises noen sammenheng mellom økonomi, eller mer spesifikt, *om den privatpraktiserende psykolog mottar driftsstøtte, og terapilengde?* Er det andre forhold som influerer på varigheten av en psykoterapi? Hvor lang er behandlingstiden (gjennomsnittlig terapilengde) hos privatpraktiserende psykologer?

Metode

Utvalg og svarprosent.

Utvalget er hentet fra Norsk Psykologforenings liste over psykologer i full tids privat praksis (pr. april 1988). 128 psykologer fordelt på 13 fylker mottok spørreskjema (4 hadde lagt ned praksisen). 76 personer returnerte skjemaet i utfylt stand (svartprosent på 61).

Spørreskjema.

Spørreskjemaet besto av 61 spørsmål (10 siders skjema). Foruten demografiske spørsmål, besto skjemaet av spørsmål om teoretisk orientering, terapeutiske teknikker, arbeid og arbeidsrutiner. Det var også med spørsmål om trivsel og psykisk velvære (indekser). For nærmere beskrivelse av spørreskjema og av undersøkelsen for øvrig, se Gjøsund (1988) eller Gjøsund & Matthiesen (1989).

Statistikk.

Data ble kodet og analysert gjennom bruk av SPSS-X (Statistical Package of Social Sciences, versjon X). Følgende analyser ble benyttet: frekvensanalyse, analyse for krysstabeller, variansanalyse (ANOVA) og MCA (Multipple Classification Analysis).

Resultater

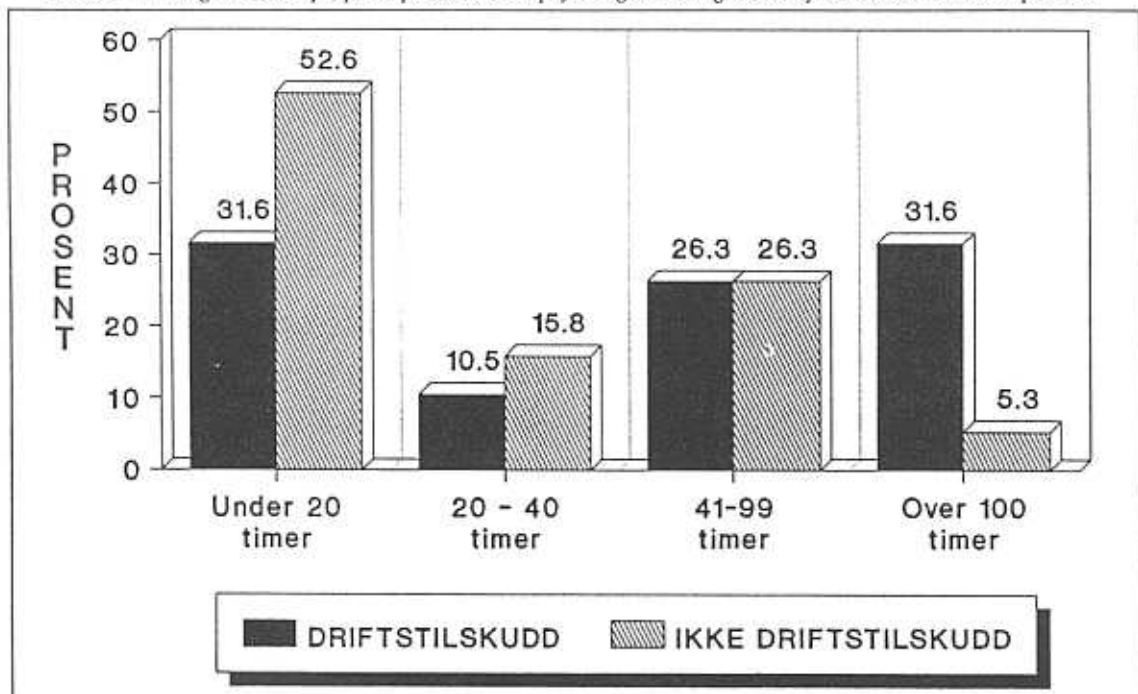
Bakgrunn.

28 (37 %) av psykologene i utvalget var kvinner, 48 (63 %) var menn. Gruppen er eldre enn gjennomsnittet av norske psykologer. Gjennomsnittet for utvalget er 48,7 år. I snitt har utvalget arbeidet 8,8 år som privatpraktiserende psykolog, spennvidden er fra 1 til 37 år. Mer enn halvparten (55 %) jobber alene. De aller fleste arbeider i by (78 %) eller tettsted (18 %). Utvalget har en gjennomsnittlig arbeidstid på 41,1 time pr. uke, 14 % arbeider mer enn 50 timer ukentlig. Privatpraktiserende psykologer har relativ god inntekt, 1 av 2 blant informantene (51 %) hadde i 1987 en årsinntekt på mer enn 250.000 kr. Seks pasienter mottas i snitt pr. dag, det meste som er oppgitt er 10 pasienter daglig. Nesten halvparten (49 %) har oppgitt at de er psykoanalytikere (klassisk psykoanalyse), eller at de jobber psykoanalytisk orientert. 57 psykologer (75 %) mottar driftstilskudd til sin privatpraksis. 17 psykologer (22 %) har ikke driftstilskudd, mens 2 (3 %) ikke innehar spesialistkompetanse.

Varighet av terapi.

Blant privatpraktiserende psykologer synes korttidsterapi bare å ha fått begrenset innpass. I snitt varer en igangsatt terapi 93,3 timer (sd = 104,3; median = 55 timer, mode = 40 timer). Det er imidlertid store variasjoner. 4 psykologer anslår den gjennomsnittlige (prototypiske) terapi til å vare i 400 timer, mens 2 hadde pasienter i 5 timers behandling. 1 av 4 privatpraktiserende psykologer (28 %) har terapier med et snitt på 100 timer eller mer. 25 % oppga at en gjennomsnittlig terapi varer under 20 timer. Totalt var det 46 % som hadde avsluttet terapien etter 40 timer. 40 timer regnes vanligvis som den øvre grense for korttidsterapi (Nielsen, 1977). Bergaust et al. (1984) gjennomførte en undersøkelse blant en sammensatt gruppe psykologer (n = 122), hvor bare 9 % var privatpraktiserende. Her var korttidsterapi mer vanlig: Tilsammen var det 77 % som hadde avsluttet den gjennomsnittlige terapi etter 40 timer. 42 % mente at en terapi i snitt varte under 20 timer. I en undersøkelse blant 19 privatpraktiserende psykologer i Hordaland var terapigjennomsnittet

FIGUR 1. Varighet av terapi, privatpraktiserende psykologer med og uten driftstilskudd. Timetall i prosent.



klart lavere enn i vår undersøkelse: 13 timer (Hansen & Hansen, 1984). Det var imidlertid bare 1 av informantene som drev fulltidss praksis.

Driftstilskudd vs. terapilengde.

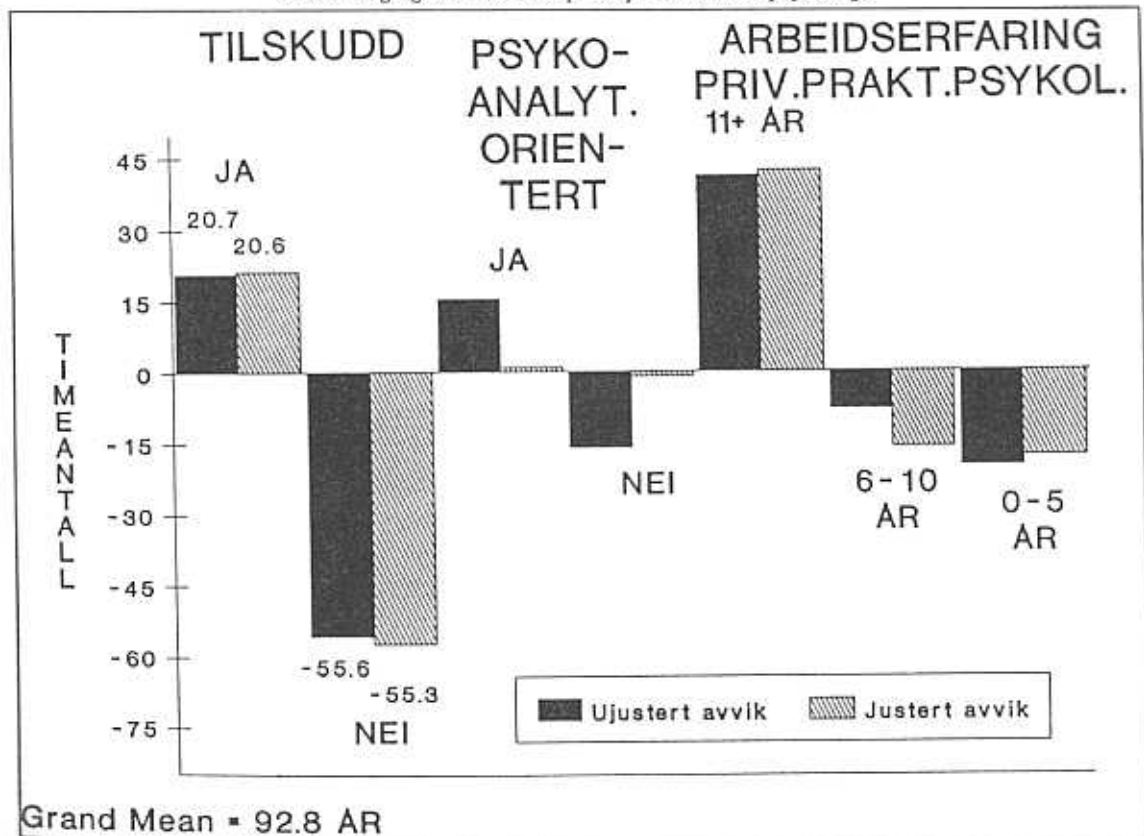
Resultatene viser at privatpraktiserende psykologer med driftstilskudd har klientene lengre til behandling enn psykologer uten et slikt tilskudd. Den del av utvalget som mottar tilskudd har klientene i gjennomsnittlig 113,7 timer (sd = 11,8), mens privatpraktiserende uten slik økonomisk støtte har oppgitt at terapien varer i 37,2 timer (sd = 48,7). Forskjellen er statistisk signifikant ($F = 6.91$, $df = 1/58$, $p < 0.01$). Figur 1 illustrerer noe av forskjellen (den kontinuerlige variabelen «terapilengde» har i figuren blitt splittet opp i et avgrenset antall nivåer). Det framgår at et flertall uten driftstilskudd bruker mindre enn 20 terapitimer pr. klient i

snitt. Færre enn hver tredje psykolog med tilskudd oppgir en så kort terapilengde. Blant privatpraktiserende med terapivarighet på 100 timer pr. klient eller mer, er det (omregnet i prosent) nesten 6 ganger så mange med driftstilskudd som uten tilskudd.

Terapilengde vs. demografiske spørsmål.

Av de øvrige forhold nevnt i første avsnitt var det 2 forhold som viste signifikant samvariasjon med spørsmålet om terapilengde. Psykologer med lang privatpraksis har lengre terapier enn kolleger med kortere tid bak seg i denne type praksis ($F = 3.32$, $df = 3/56$, $p < 0.05$). Forskjellen mellom by og land gir også utslag. Privatpraktiserende i de mest tettbygde strøkene (byer) hadde lengre terapi enn psykologer med praksis på tettsted eller i grissgrenndt strøk med noe tettbebyggelse ($F = 3.54$, $df = 2/57$, $p < 0.05$).

FIGUR 2. MCA-analyse. Varighet av terapi predikert ut fra om psykologen mottar driftstilskudd, terapeutisk orientering og antall år som privatpraktiserende psykolog.



MCA-analyse.

MCA, multiplert klassifikasjonsanalyse¹⁾ ble benyttet for å undersøke om sammenhengen mellom terapilengde og driftstilskudd endret seg etter en innbyrdes kontroll for andre forhold. Flere MCA-modeller ble uttestet, med terapilengde som kriterievariabel, og driftstilskudd og ulike kombinasjoner av de øvrige demografiske spørsmål som prediktorvariabler (pga. utvalgsstørrelsen ble det ikke nyttet mer enn 3 prediktorer pr. MCA-modell). Figur 2 viser resultatet av en av de mest interessante modellene.

To av de variablene som viste signifikant samvariasjon med terapilengde er inkludert i modellen (driftstilskudd og antall års praksis som privatpraktiserende psykolog). I tillegg er det tatt med en prediktor som *á priori* er interessant i forhold til varigheten av den igangsatte terapi: psykologens terapeutiske orientering (det opprinnelige spørsmålet er dikotomisert: psykoanalytikere/psykoanalytisk orienterte psykologer versus eklektikere, atferdsterapeuter, m.m.).

Det går fram av figuren at forbindelsen mellom driftstilskudd og varighet av terapi i liten grad påvirkes av samvariasjon med de andre prediktorene ($\beta = 0.32$, $p < 0.01$). Forskjellen mellom ujusterte og justerte avvik er liten. De ujusterte avvikene viser at den del av utvalget som mottar driftstilskudd i gjennomsnitt har en terapilengde på 114 timer. Motsvarende varer terapien til psykologer uten driftstilskudd i 38 timer.

Prediktoren 'arbeidserfaring som privatpraktiserende psykolog' gir også et selvstendig tilskudd til MCA-modellen ($\beta = 0.26$, $p < 0.05$). Psykologer med mer enn 10 års

privat praksis bruker i gjennomsnitt 134 timer pr. pasient, psykologer med 6–10 års praksis bruker 85 timer, mens de med 5 års praksis eller mindre i snitt har en terapilengde på 73 timer. Terapeutisk orientering synes ikke å ha noen sterk forbindelse med terapilengde. Etter en innbyrdes kontroll forsvinner tilskuddet til modellen ($\beta = 0.01$, $p = n.s.$). Til sammen bidrar de 3 prediktorene som står oppstilt i figur 2 med 18 % forklart varians i forhold til kriterievariabel ($R^2 = 0.18$, $p = 0.02$). Det ble ikke funnet signifikante interaksjonseffekter mellom prediktorene som inngikk i MCA-modellene.

Diskusjon

Av de forhold som ble kartlagt i denne undersøkelsen, var det få som viste sammenheng med terapivarighet. Det ble f.eks. ikke funnet noen forbindelse mellom terapeutisk orientering og terapiens varighet. I utgangspunktet skulle en kanskje tro at psykoanalytikere og psykoanalytisk orienterte psykologer gjennomfører de mest langvarige terapier, i kraft av sin arbeidsmetodikk. Manglende forskjell i terapilengde mellom psykoanalytisk orienterte psykologer og de øvrige i utvalget kan bunne i at det er relativt få «ortodokse» psykoanalytikere i gruppen, noe som bidrar til å «utviske» en eventuell forbindelse mellom terapeutisk orientering og terapilengde. Psykoanalytisk orienterte psykologer gjennomfører også terapier av kort varighet, med andre ord.

Privatpraktiserende i byene hadde i snitt lengre terapier enn sine kolleger i mindre tettbefolkete strøk. Forskjellen kan skyldes at i byene er privatpraktiserende mer en «nisje» i behandlingsapparatet; utvalget av helsetjenester er større. En privatpraktiserende psykolog i Oslo kan «spesialisere» seg på langvarige og omfattende terapier, som i mindre grad lar seg realisere via de tradisjonelle helsetjenester, f.eks. psykiatriske sykehus og poliklinikker. En spesialisering medfører sannsynligvis også at arbeidspresset blir mindre. Klientmassen er mindre, psykologen får etterhvert et inngående kjennskap

¹⁾ MCA er en variant av multiplert regresjon. Analysemetoden gjør det mulig å undersøke det statistiske bidraget til en prediktor (dvs. uavhengig variabel), etter at bidraget til de andre prediktorene i modellen er holdt konstant (uttrykkes ved justerte avvik fra gruppegjennomsnittet, og betakoeffisienter). Prediktorenes samlede bidrag til forklart varians beregnes også (uttrykkes ved R^2). R^2 multiplisert med 100 tilsvarer hvor mange prosent av variansen som blir forklart gjennom MCA-modellen. I statistikkpakken SPSS gis det også en oppstilling over ujusterte avvik (Grand mean minus/pluss ujustert avvik er lik hver subgruppes gjennomsnitt på kriterievariabel).

til hver pasient, noe som gjør det mulig å ha relativt mange pasienter pr. dag, uten at en sliter seg helt ut. I mer grissgrendte strøk er en slik arbeidsmåte vanskeligere. En privatpraktiserende psykolog i områder med mindre befolkningstetthet utgjør en stor del av helsetilbudet, og mottar muligens et større mangfold av pasienter. Mange av pasientene har sannsynligvis plager av en karakter som tilsier mer kortvarig behandling.

Et delvis paradoks er at det er de mest erfarne psykologene, med lengst privatpraksis bak seg, som gjennomfører de lengste terapiene. En skulle tro at psykologer med størst rutine lettere når behandlingsmålet, og at de derfor bruker kortere tid pr. pasient. Det er mulig at de mest erfarne arbeider med mer alvorlige psykiske plager og symptombilder, og med mer ambisiøse behandlingsmål, og at terapiene derfor er av lengre varighet. Det kan også være at de mer erfarne (og derved tidligere utdannede) rett og slett mangler skoleing i bruk av systematiske korttidsmodeller.

Om psykologen mottar driftstilskudd til sin praksis eller ikke, korresponderte med terapilengde, uttrykt gjennom hvor mange timer en terapi strekker seg. En kontroll for andre faktorer endrer ikke på dette forholdet. Psykologer *uten driftstilskudd* kan til en viss grad være økonomisk «styrt», og må velge en behandlingstilnærming i tråd med pasientens forventninger, ikke minst på det økonomiske plan. Mottar psykologen driftsstøtte, vil den økonomiske siden ved behandlingen kunne være mindre følbare. Pasienten kan være mer innstilt på å gjennomføre en langvarig behandling. Undersøkelsen viste da også at privatpraktiserende psykologer *med driftsstøtte* gjennomfører lange terapier, i snitt varer hver terapi i 114 timer, mens terapien til psykologer uten driftsstøtte varer i 37 timer (med andre ord innenfor konvensjonelle rammer for korttidsterapi, max 40 timer). Driftstilskudd gjør at psykologen står mer fritt til å velge et bredere problemfokus og omfang på terapien. Målsettingen for terapien vil ofte kunne være å søke å få til omfattende intra-

psykiske og strukturelle endringer hos pasienten, i stedet for en mer avgrenset problembearbeiding (symptomlindring eller mer adaptiv sosial funksjonering).

Psykologens tillit til eget teknikkrepertoar er viktig i den terapeutiske prosess (Nielsen & Havik, 1989b). En av virkningsmekanismene er at pasienten opplever at terapeuten «tror» på det han eller hun holder på med, uavhengig av terapeutisk rasjonale (Frank, 1971). I seg selv bidrar dette i det kurative arbeidet. Andre sentrale faktorer synes å være såkalte ikke-spesifikke faktorer som oppmerksomhet, empatisk lytting, respekt og kognitiv restrukturering (von der Lippe, 1988). Motivet for å velge korttidsterapi kan være forskjellig. Det er grunn til å spørre om den privatpraktiserende psykolog, dersom han eller hun av økonomiske grunner «tvinges» til å gjennomføre korttidsterapi, opplever behandlingen som amputert. Det kan tenkes at dersom en privatpraktiserende psykolog velger korttidsterapi av økonomiske grunner, vil vedkommende i utgangspunktet ha et redusert terapeutisk potensiale, fordi han eller hun er mindre trygg på at det er den beste problemfokusering og tilnæringsmåte som danner utgangspunkt for psykoterapien.

Det mest sentrale funnet, foruten sammenhengen mellom terapilengde og driftstilskudd, er kanskje terapilengden i seg selv. Sammenlignet med andre psykologgrupper (Bergaust et al., 1984), oppgir den privatpraktiserende psykolog med fulltids praksis at terapien varer klart lenger. Bruken av korttidsterapi synes å være mindre etablert. Funnet er imidlertid noe tvetydig, i og med at Hansen & Hansen (1984) fant et langt lavere terapigjennomsnitt i sin undersøkelse av privatpraktiserende i Hordaland, der det rett nok bare var 1 person som var fulltidsarbeidende i privat praksis.

Hansen & Hansen fant for øvrig at deres utvalg av privatpraktiserende psykologer for en stor del arbeidet med pasienter som falt utenfor det tradisjonelle hjelpeapparat (karakternevrotikere og mennesker med psykosomatiske lidelser). Data fra vår kartlegging bekrefter dette inntrykket; 1 av 4 pasienter

har borderline eller karakternevrose som hovedproblemområde (se Gjøsund & Mattiesen, 1990). Typen og omfanget av pasientens psykiske lidelser *kan* være en viktig faktor for at 3 av 4 psykologer i vår undersøkelse anslår behandlingstiden til å være mer enn 20 timer, og at gjennomsnittlig terapilengde er så høy som 93 timer. Terapilengden står i en klar kontrast til spissformuleringen om at korttidsterapi har blitt en klinisk realitet. Dette synes *ikke* å være tilfellet innen privatpsykologisk praksis, hvor et flertall av psykologene oppgir den 'prototypiske' terapi til å vare i mer enn 40 timer.

Privatpraktiserende psykologer med fulltids praksis utgjør en begrenset del av den norske psykologstand. De pedagogisk-psykologiske tjenester (PPT), barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og sykehusene, med sengeposter og polikliniske avdelinger, syssetter den største andelen av psykologer (Ommundsen, Engvik & Myklebust, 1984). Innenfor disse sektorene av hjelpeapparatet er det stor klientpågang og begrensede ressurser. Det blir derfor vanskelig å unngå at hjelpen eller terapien blir av forholdsvis begrenset lengde. I en kartlegging blant 130 polikliniske pasienter fant f.eks. Hartmann & Hartmann (1980) at den vanligste terapilengden, basert på typetallet (mode), var 8 timer, mot 40 timer i vårt materiale. En kartlegging av arbeidsformer og arbeidsformene innen PPT og BUP ga lignende tall. Blant 258 psykologer var det ikke mer enn 15 % innen PPT og 2 % innen BUP som hadde mer enn 10 klient-timer eller konsultasjonstimer pr. sak (Ogden & Skjerve, 1987).

Vår undersøkelse har klare begrensninger, og resultatet må tolkes med varsomhet. Fulltids privatpraktiserende psykologer hentet fra Norsk Psykologforenings kartotek ble definert som populasjon. 61 % svardeltakelse gjør at en må stille spørsmålsteget ved hvor representativt utvalget er.²⁾ Er våre funn dekkende for samtlige privatpraktiserende i Norge? Det er også grunn til å spørre

²⁾ Svarprosenten er identisk med psykologkartleggingen til Bergaust et al. (1984).

om kartoteket er oppdatert i forhold til ferske privatpraktiserende. Vi kjenner til nye psykologer, som av ulike grunner, ikke minst et stramt arbeidsmarked, velger å drive privat praksis. I vårt utvalg var det imidlertid bare 2 personer som hadde drevet privatpraksis i mindre enn 2 år.

Det må presiseres at terapilengde, i likhet med de fleste psykologiske forhold, er et multikausalt fenomen. Det er således et begrenset bilde som fanges opp gjennom bruk av spørreskjema. Andre faktorer enn de som er tatt opp i denne undersøkelsen medvirker sannsynligvis til det terapeutiske forløp. Sentrale spørsmål innen det aktuelle temaområde kan være utelatt fra skjema. De anvendte spørsmål kan være upresise i sin form, slik at viktig informasjon går tapt. Utgangspunktet for undersøkelsen var en generell yrkesdemografisk kartlegging. Det sakskompleks som utgjør rammen for det foreliggende, er følgelig bare belyst med noen få spørsmål. I en eventuell oppfølgende kartlegging av psykologstanden anbefales det å inkludere flere *direkte* spørsmål om økonomiske forhold, f.eks. om manglende trygdekasserefusjon eller driftstilskudd influerer på valg av behandlingsform og terapilengde.

Referanser

- Andrews, G. & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients: a reanalysis of the Smith, Glass & Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Barth, K., Nielsen, G., Haver, B., Havik, O. E., Mølstad, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1989). Assessment for three different forms of short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 49, 153-159.
- Bergaust, W., Bruseth, M., Havik, O. & Nielsen, G. (1984). Psykoterapi i 1980-årene. En spørreskjemaundersøkelse blant norske psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1984, 21, 79-87.
- Flegenheimer, W. V. (1982). *Techniques of brief psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Frank, J. D. (1976). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Garfield, S. L. (1989). *The practice of brief psychotherapy*. New York: Psychology Practitioners Guidebooks, Pergamon Press.

- Gjørund, G. E. (1988). Psykologer i privatpraksis. En arbeidsmiljøundersøkelse. Bergen: Upublisert hovedoppgave, Embetsstudiet i Psykologi, Universitetet i Bergen.
- Gjørund, G. E. & Matthiesen, S. B. (1990). Den privatpraktiserende psykolog. Bergen: Upublisert manus, Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet, Universitetet i Bergen.
- Hansen, S. E. & Hansen, S. M. (1984). Privatpraksis i Hordaland: Omfang og arbeidsoppgaver. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 21, 119-126.
- Hartmann, E. & Hartmann, T. (1980). Behandlingskontrakten – et tvilsomt terapeutisk virkemiddel. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 17, 397-404.
- Klein, R. H. (1985). Some principles of short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 309-330.
- Koss, M. P. (1980). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of child and adult clients seen in private psychological practice. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 268-271.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MacKenzie, K. R. (1988). Recent development in brief psychotherapy. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 742-752.
- Nielsen, G. (1977). Individual korttidsterapi. Noen historiske og metodologiske hovedlinjer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 14, 5-23.
- Nielsen, G. (1980). Anvendelse av hypnose i korttidspsykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 17, 111-118.
- Nielsen, G. & Larsen, E. (1981). Evaluering av psykoterapi, i Larsen, E. & Nielsen, G., red. *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum-Norli.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O. E., Mølstad, E., Rogge, E. & Skåtun, M. (1987). Forandringer etter korttids dynamisk psykoterapi: Resultater fra Bergens-prosjektet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 683-697.
- Nielsen, G. & Havik, O. E. (1989a). Korttids dynamisk psykoterapi. Del 1: Hovedtrekk ved Malans, Sifneos og Manns modeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 397-403.
- Nielsen, G. & Havik, O. E. (1989b). Korttids dynamisk psykoterapi. Del 2: Prinsipper for en pragmatisk integrativ arbeidsmodell. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 451-466.
- Ogden, T. & Skjerve, H. (1987). En sammenlignende undersøkelse av arbeidsoppgaver og arbeidsformer blant psykologer i PP-tjenesten og BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 707-716.
- Ommundsen, R., Engvik, H. & Myklebust, J. P. (1984). Psykologprofesjonen i Norge ved inngangen til 1980-årene. i Holter, P. A., Magnussen, S. & Sandsberg, S. (red.). *Norsk psykologi i 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Peake, T. H. & Bell, J. D. (1987). Brief psychotherapy: Planned therapeutic change for changed times. *Psychotherapy in Private Practice*, 5, 53-63.
- Schechtman, F. (1986). Time and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 23, 521-525.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative outcome studies. A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sifneos, P. E. (1984). The current status of individual short-term psychotherapy and its future: An overview. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 472-483.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University.
- von der Lippe, A. L. (1988). Klinisk psykologisk forskning i 1980-årene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, supplement nr. 4, 21-36.

Postadresse:

Univ.stip. Stig Berge Matthiesen
FAHS, Institutt for Samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen
Øisteinsgate 1, 5007 Bergen.
Tlf. 05 - 21 25 83.