

17. ÅRGANG NR. 1 – JUNI 2000

Matrix

REDAKTIONELT

Med dette nummer begynder 17. årgang af *Matrix* – den første med tre nuller i årstallet. Som altid lidt forsinket, så at sige i datid. Om vi har passeret en millenniumlinje, eller vi skal vente endnu en solpassage kan diskuteres. Måske befinder vi os uafvidende i futurum.

Med disse løst sagte betragtninger kan man berettiget spørge hvad vi egentlig taler om. Man kunne udvide spørgsmålet elementært erkendelsesmæssigt til: Hvad taler vi i det hele taget om, når vi taler.

Når det drejer sig om et så komplekst felt som psykoterapi kan man med sikkerhed sige, at der i hvert fald ofte ikke tales om det samme når det tilsyneladende gøres. Forskningsmæssigt giver dette naturligvis store problemer. Hvad er objektet for den enkelte forsker – og kliniker, hvordan præciseres det og hvordan kommunikerer det? Dette er bl.a. spørgsmål der stilles i dette nummers artikler.

Der indledes med en dobbeltartikel af *Stig Poulsen* om korttidsgruppeterapi – gruppeanalytisk og interpersonel i sin tilgang. Artiklen baserer sig på en omfattende litteraturgennemgang af effektforskningen på området og fremstiller principperne for etablering af korttidsgrupper. I anden del af artiklen redegør forfatteren for terapeutens rolle i korttidsgrupper. Yderligere en dobbeltartikel om terapeutiske faktorer vil blive bragt i et senere nummer af *Matrix*.

Claus Haugaard Jacobsen skriver om selektion af patienter til gruppeanalytisk psykoterapi. Artiklen har fået titlen: De måske egnede, og bygger på en større litteraturgennemgang og forfatterens egne erfaringer. Artiklens centrale tese er/ bliver, at et begreb som det at være passende, kan erstatte mere absolutte selektionskriterier.

I Viljens magt og afmagt, skriver *Hanne Stubbe Teglbjærg* om viljens betydning i psykoterapi. Vilje som begreb og determinant har levet en skyggetilværelse i psykoanalysen. Forfatteren knytter viljesbegrebet an til intentionalitetsbegrebet og belyser herunder en række psykopatologiske tilstande og de praktiske terapeutiske konsekvenser heraf.

Boganmeldelsessektionen rummer i dette nummer fire anmeldelser.

Bent Jørgensen anmelder Finn Skårderuds: »Uro En rejse i det moderne selvet« – »en ambitiøs bog«, skriver anmelderen, »som vil forstå mange fænomener i verden – og som lykkes med det«.

Søren Kaltoft anmelder Allis Møldrup Jensens: Tør du se min smerte – og hvordan jeg kom igennem den? Med efterskrift af Marianne Davidsen Nielsen. Anmelderen finder fremstillingen ærlig; men ikke intimiderende. Efterskriftet bringer – mener anmelderen – sorgterapien på fastere teoretisk grund.

Peter Gottlieb anmelder Remorse and Reparation i serien Forensic Focus. Nu afdøde psykoanalytiker og gruppeanalytiker Murray Cox, som havde tætte forbindelser til det danske psykoterapeutiske miljø, var redaktør af bogen og nåede så langt med den, at den har kunnet udgives med meget af hans ånd bevaret.

Sluttelig anmelder *Steiner Lorentzen* Esben Hougaards: Psykoterapi. Terapi og forskning. Bogen har vel inden den er nået frem til anmeldelse i Matrix nærmest fået status af standardværk i Danmark. Anmelderen mener at den bør være en del af litteraturlisten ved alle slags uddannelsesinstitutioner i psykoterapi.

Lars Burgaard

GRUPPEANALYTISK OG INTERPERSONEL KORTTIDSGRUPPETERAPI – TEORI OG FORSKNING

1. Almene principper

Matrix 2000/01;1, s. 5-25

Stig Poulsen

Artiklen rummer en præsentation af almene principper for korttidsgruppeterapi med et psykoanalytisk udgangspunkt. Der redegøres indledningsvis for specifikt gruppeanalytiske synsvinkler på korttidsgrupper. Herefter introduceres til andre modeller for korttidsgruppeterapi baseret på psykoanalytisk teori og interpersonel psykologi, og resultater fra forskningen i udbyttet af sådanne grupper gennemgås. Afslutningsvis fremstilles principperne for etablering af korttidsgrupper, herunder overvejelser om den terapeutiske ramme, selektion af klienter og sammensætningen af gruppen, afklaring af et fokus for gruppen samt principper for forberedelsen af klienterne før gruppedeltagelsen.

I Danmark har den gruppeanalytiske tradition i en årrække haft en stærk position i det terapeutiske miljø. De mange kandidater, der i årenes løb er udgået fra de gruppeanalytiske uddannelser, har bidraget til at præge det terapeutiske arbejde på en lang række behandlingsinstitutioner ved at introducere eller styrke gruppeanalytisk tænkning og brugen af gruppeterapi. Mens dette på mange måder har betydet en styrkelse af de terapeutiske miljøer, har den klare gruppeanalytiske orientering også affødt visse faglige udfordringer, idet Foulkes' terapeutiske principper baseret på langsomt-åbne grupper med et relativt lavt niveau af styring fra terapeutens side af flere grunde kan være vanskelige at applicere i en institutionel hverdag. For det første vil man på en behandlingsinstitution typisk skulle forholde sig til stramme økonomiske krav om en hurtig gennemstrømning af patienter – ikke mindst i disse tider, hvor

principperne om »managed care« får stadig større indflydelse. Samtidig møder man også i mange sammenhænge patienter og patientkategorier, som kan være vanskelige at håndtere i grupper, som forholder sig dogmatisk til de gruppeanalytiske principper. Der kan være tale om patienter, for hvem den gruppeanalytiske situation med dennes lave grad af strukturering og en relativt tilbagetrukket terapeut opleves for angstprovokerende. Alternativt kan der opstå behov for at arbejde fokuseret med patienter med ensartede problemstillinger såsom spiseforstyrrelser, incestproblematikker, traumatiske oplevelser mv.

Stilles man overfor den udfordring at skulle arbejde på et psykoanalytisk grundlag med sådanne grupper, der af den ene eller anden årsag nødvendiggør modifikationer i den klassiske gruppeanalytiske tilgang, er det af stor betydning at kunne trække på de allerede indhøstede erfaringer med arbejdet med sådanne alternative gruppemodaliteter. Når det gælder psykoanalytisk inspireret gruppeterapi med hospitaliserede, psykotiske eller nær-psykotiske patienter er det mit indtryk, at de standardværker, der findes på dette felt (1; 2)¹ har vundet bred udbredelse i det danske behandlingsmiljø. Hertil kommer, at der for ganske nylig til brug for Det Nationale Skizofreniprojekt er blevet udarbejdet en manual for gruppeanalytisk psykoterapi med skizofrene, som koncist beskriver de særlige krav arbejdet med denne patientkategori stiller til terapeuten (3). Alt i alt synes der altså i arbejdet med indlagte patienter at være sket en krydsbefrugtning mellem traditionelle gruppeanalytiske ideer og de systematiske forsøg på at udvikle gruppebehandlingsformer, som er tilpasset de særlige behov hos dårligere fungerende patienter.

For så vidt angår korttidsgruppeterapi for ikke-indlagte patienter har jeg derimod indtryk af, at denne form for terapi oftere praktiseres uden en systematisk refleksion over de særlige krav og muligheder, som tidsrammen indebærer. Det kan være vanskeligt at finde hjælp til en sådan refleksion i den specifikt gruppeanalytiske litteratur, hvor der er skrevet forholdsvis lidt om tidsbegrænsede grupper. Vender man derimod blikket mod den amerikanske tradition, finder man en relativt omfattende litteratur om korttidsgruppeterapi på et

grundlag, der i vid udstrækning synes foreneligt med det gruppeanalytiske. Ganske vist er en stor del af denne litteratur mere orienteret mod en interpersonel psykologi med større vægt på de reelle her-og-nu interaktioner i gruppen og mindre vægt på egentligt psykoanalytiske begreber som for eksempel overføring og på arbejdet med gruppemedlemmernes personlige baggrund. Som det vil fremgå af det følgende, er der imidlertid mange divergerende opfattelser af, hvilken status sådanne centrale analytiske principper kan have i korttidsgruppeterapi, idet visse forfattere i højere grad inddrager mere traditionelle psykoanalytisk inspirerede arbejdsmåder i deres tilgang til det terapeutiske arbejde. Samtidig har jeg personligt fundet den interpersonelle tradition uhyre inspirerende, idet den for mig at se rummer en frugtbar udfordring til gruppeanalysen, som *kan* praktiseres på en måde, hvor netop de levende og udfordrende her-og-nu-interaktioner mellem gruppedeltagerne hæmmes af en ufri og intellektualistisk attitude fra terapeutens side. Endvidere synes det under alle omstændigheder at være nødvendigt at tilpasse den terapeutiske attitude og niveauet af tolkninger til de konkrete betingelser, som et korttidsforløb stiller.

En anden væsentlig kvalitet ved den amerikanske gruppeterapeutiske tradition er, at den i meget høj grad søger at kvalificere de teoretiske overvejelser gennem empirisk forskning. Når jeg fremhæver dette som en kvalitet, er det ikke ud fra en naiv antagelse om, at den overvejende kvantitative forskning, som der er tale om, uden videre øger vores forståelse af den gruppeterapeutiske proces. Rent faktisk er der også blandt forskere, der overvejende har arbejdet med kvantitative metoder, en voksende erkendelse af problemerne ved en sådan fremgangsmåde. Man finder således i to omfattende reviews over forskning i gruppeterapi (4; 5) en klar anbefaling af i en periode at nedprioritere forskning baseret på en eksperimentel metodologi til fordel for grundige beskrivende studier. Mere specifikt påpeger Bednar & Kaul (4, s.633f), at de eksperimentelle designs, der danner grundlag for hovedparten af den eksisterende forskning i gruppeterapi, kan risikere at vise sig at være af meget begrænset værdi, fordi de fænomener, der søges undersøgt, ikke er

klart definerede. Der findes eksempelvis et utal af studier af gruppesamhørighed (group cohesiveness), som kun meget vanskeligt kan sammenlignes, fordi der er en fuldstændig mangel på afklaring af, hvad begrebet samhørighed mere præcist omfatter. Tilsvarende påpeger Burlingame et al. (5, s.42ff) det paradoksale i, at man i litteraturen om forskning i gruppeterapi, lige fra 1940'erne og frem til i dag, igen og igen finder tilsyneladende resultatløse anbefalinger af, at forskningen lægger vægt på den detaljerede beskrivelse af kliniske fænomener, snarere end at fortabe sig i metodologisk rigorisme.

Selvom der således er gode grunde til at være varsom med at tillægge resultater fra den kvantitative forskning for stor værdi, synes det dog heller ikke rimeligt helt at se bort fra denne forskning. Bevæbnet med en sund skepsis og et kritisk blik i forhold til de metodologiske svagheder ved de enkelte undersøgelser, er det efter min overbevisning muligt at bruge mange undersøgelser i forsøget på at styrke eller afkræfte antagelser baseret på kliniske erfaringer. Jeg har derfor igennem denne artikel (og en række efterfølgende artikler) lagt stor vægt på at præsentere forskningsresultater af relevans for de emneområder, jeg behandler. Jeg har tillige i nogen grad søgt at diskutere og problematisere visse af disse resultater, omend det skal indrømmes, at dette kunne have været gjort langt mere systematisk.

Mine egne erfaringer fra arbejdet med korttidsgruppeterapi stammer fra Studenterrådgivningen i København, hvor der nu igennem en årrække har eksisteret grupper løbende over 15-20 sessioner for studerende med præstationsangst i forhold til faglige udfordringer såsom eksaminer, mundtlige oplæg, specialeskrivning etc.² Gennem arbejdet med disse grupper voksede min interesse for at nå til en dybere forståelse af korttidsgrupper, og jeg har derfor foretaget et litteraturstudium indenfor dette område. Det er resultaterne af dette, som jeg her vil søge at formidle.

Det må bemærkes, at jeg har afgrænset mig til en mere specifik form for korttidsgrupper, nemlig de, som med MacKenzie (6) kan betegnes som *interper-*

sonelle-eksplorerende grupper. MacKenzie skelner mellem fire forskellige typer af grupper, som har forskellige mål og følgelig også er egnede til forskellige klientpopulationer. For klienter med svære deficienser med hensyn til social formåen – ofte psykiatriske patienter – er *social færdighedstræning* ofte en velegnet behandling. *Psykoedukative* grupper kan for eksempel være det foretrukne behandlingstilbud for somatiske patienter eller patienter med afgrænsede psykiske symptomer, som for eksempel fobier. For patienter, der har været udsat for en traumatisk begivenhed eller som befinder sig i en anden form for specifik stresssituation kan en gruppeform, som MacKenzie betegner som *interpersonelle-restituerende* være på sin plads. Indenfor denne modalitet finder man ofte relativt dybtgående individuelt psykoterapeutisk arbejde, men ikke meget fokus på gruppedynamikken. Endelig omtaler MacKenzie altså grupper, som han betegner som *interpersonelle-eksplorerende*. Her finder man både dybtgående udforskning af individernes psykodynamik og af de interpersonelle relationer i gruppen. Den nærværende litteraturnemgang beskæftiger sig entydigt med den sidste form for grupper. Hvor alle de øvrige former for terapi således utvivlsomt har deres berettigelse, er fokus her på korttidsgrupper, som eksplicit tilstræber at udnytte interaktionerne i gruppen og fænomener på gruppeniveau i det terapeutiske arbejde.

Formålet er således at give en fremstilling af klinisk teori og forskning indenfor dynamisk orienteret korttidsgruppeterapi for ambulante klienter. Selvom jeg ikke vil prætendere at have givet en udtømmende gennemgang af litteraturen på området, mener jeg dog, at jeg har inddraget et flertal af de vigtigste (og hyppigst citerede) tekster. Det må bemærkes, at jeg ikke har nogen intentioner om at udvikle en mere overordnet syntese mellem gruppeanalytiske principper og de øvrige psykodynamiske og interpersonelle indfaldsvinkler til gruppeterapi, som præsenteres her. Jeg håber imidlertid naturligvis, at læseren selv vil føle sig inspireret til i sit daglige kliniske arbejde at udvikle sin egen personlige integration af disse overvejelser.

I denne og den efterfølgende artikel redegøres for de almene principper for korttidsgruppeterapi, sådan som disse er beskrevet i den foreliggende litteratur. Jeg vil i denne forbindelse blandt andet beskrive, hvordan den terapeutiske ramme er blevet begrebsliggjort, redegøre for anbefalinger vedrørende terapeutens rolle i gruppen og præsentere forskning i korttidsgruppers proces og effekt. Disse to artikler efterfølges i senere numre af Matrix af endnu to artikler, hvor der gives en fremstilling af litteraturen om terapeutiske faktorer i gruppeterapi i almindelighed og i korttidsgrupper i særdeleshed.

Gruppenanalytiske principper for korttidsterapi

Da der findes utallige fremstillinger af principperne for Foulkes' gruppeanalyse, vil jeg ikke kaste mig ud i endnu en sådan redegørelse, men i stedet fokusere på de principper for *tidsbegrænset* gruppeterapi, som kan findes i Foulkes' værker. Imidlertid har Foulkes selv kun skrevet ganske lidt om dette emne. Ganske vist omtaler han tidsbegrænset gruppeterapi flere steder, men han synes ikke at have været videre optaget af de særlige betingelser, der gør sig gældende ved korttidsterapi. Han fastsætter et sted (7) ni måneders varighed som en minimumsgrænse for gruppeterapi og skriver andetsteds, at varigheden af en tidsbegrænset gruppe almindeligvis er mindst to år (8). Han synes således ikke at operere med den type grupper af væsentligt mere begrænset varighed, som ses beskrevet andre steder³. Herudover understreger han (7, s.283), at tidsbegrænset gruppeterapi i særlig grad egner sig til grupper, hvor deltagerne har et fælles problem eller en fælles livssituation. Foulkes' medarbejder, E.J. Anthony, giver direkte udtryk for, at ved grupper med en meget homogen sammensætning af deltagere er tidsbegrænsning decideret en fordel, da disse to forhold i forening fører til en intensivering af den gruppeanalytiske proces (10, s.66). Anthony argumenterer ikke nærmere for denne påstand, men som vi skal se nedenfor, har også andre på tilsvarende vis konkluderet, at tidsbegrænsede grupper er særligt egnede, hvis deltagerne har en fælles problemstilling.

Ligesom Foulkes kun sjældent forholder sig til korttidsterapi, finder man heller ikke mange artikler af senere forfattere, hvor det mere systematisk beskrives, hvordan gruppeanalytiske principper kan appliceres i forhold til korttidsgrupper. Et sådant forsøg finder man i en artikel, hvor Fredtoft et al. (11) har forsøgt at beskrive de ovennævnte korttidsgrupper i Studenterrådgivningen i København. Da det muligvis kan være interessant i denne sammenhæng at redegøre for et dansk forsøg på at applicere gruppeanalytiske principper ved korttidsterapi, vil jeg her kort redegøre for Fredtoft et al.'s terapeutiske model.

Grupperne i Studenterrådgivningen er på linje med anbefalingerne fra Foulkes og Anthony baseret på en udstrakt grad af homogenitet blandt deltagerne. Konkret er alle nogenlunde jævnaldrende, hvorfor de står overfor ensartede udviklingspsykologiske udfordringer, ligesom alle er studerende, som har beslægtede problemer i forhold til de faglige krav på studierne. Grupperne mødes en gang ugentligt i 90 minutter, i alt 15 gange (i de senere grupper er antallet af sessioner øget noget), med seks til otte klienter og to terapeuter. Selvom der således er væsentlige modifikationer af den klassiske gruppeanalytiske struktur lægges der vægt på, at udgangspunktet for gruppesessionerne er det samme som i gruppeanalysen, nemlig at ordet er frit, og at pauser i den fritflydende diskussion ikke nødvendigvis indebærer et problem for gruppens arbejde. Samtidig betones dog, at terapeuten typisk vil være noget hurtigere til at intervenere end i traditionelle langsomt-åbne grupper. Terapeuterne vil lytte til gruppen med særlig opmærksomhed rettet mod materiale, der relaterer sig til det definerede fokus for terapien. Omvendt vil terapeuterne som hovedregel undlade at kommentere materiale, der ikke synes relevant for gruppens fokus. Terapeuterne kan også fastholde et tema, der vurderes at være relevant for flere deltagere i gruppen ved at foreslå, at også andre gruppedeltagere kunne have interesse i den givne problemstilling.

Selvom terapeuterne ikke bremser diskussion af spørgsmål, der vedrører forhold udenfor gruppen, vil deres fokus være på gruppens her-og-nu-plan, hvorfor de aktivt vil bestræbe sig på at støtte gruppen i at undersøge, om et

tema, der tilsyneladende kun vedrører en enkelt klients liv udenfor gruppen, også kunne have en forbindelse til gruppens liv og forholdet mellem gruppedeltagerne. Tilsvarende kan terapeuterne søge at demonstrere, hvordan klienternes indbyrdes relationer i gruppen kan spejle handlemønstre, som karakteriserer deres dagligliv. Dette perspektiv implicerer også en opmærksomhed på overføringsfænomener, og Fredtoft et al. angiver, at de anser tolkning af overføring samt opmærksomhed på modoverføring som et vigtigt aspekt af deres terapeutiske tilgang.

En særlig form for intervention er tolkninger af ubevidste fænomener, der udspiller sig i gruppen som helhed. Fredtoft et al. nævner selv som eksempel en situation, hvor deltagerne igennem et stykke tid taler om forskellige personer, som de oplever som kritiske og aggressive, hvorefter terapeuterne foreslår, at gruppemedlemmerne måske også kunne være optagede af, om der er plads til aggressive følelser i *gruppen*. Terapeuterne angiver, at gruppemedlemmerne ofte i starten af gruppeforløbet vil reagere med skepsis overfor sådanne tolkninger, eller ligefrem opleve dem som et angreb. Imidlertid mener Fredtoft et al., at klienterne igennem gruppeforløbet i stadig højere grad kommer til at værdsætte sådanne tolkninger, og at de efterhånden ofte giver anledning til, at gruppen påbegynder en spontan udforskning af de fænomener, som terapeuterne har påpeget.

Omkring dynamikken i gruppen i øvrigt vurderer terapeuterne, at tidsbegrænsningen af terapien har flere væsentlige funktioner. For det første bidrager tidsbegrænsningen med et ofte konstruktivt incitament for klienterne i retning af at kaste sig ud i den terapeutiske proces, fordi de ved, at de ikke har ubegrænset tid til at samle mod til sig. Samtidig vurderes det også, at tidsrammen indebærer en vis form for tryk, idet den signalerer, at selvom man giver sig hen til gruppens proces, bliver man ikke helt opslugt af denne, idet den har et på forhånd fastsat endepunkt. Endelig kan tidsrammen indebære en udfordring, ikke mindst for den specifikke gruppe af studerende, der er ofte præget af såvel separationsvanskeligheder som problemer med at afslutte

faglige arbejder. Overordnet mener terapeuterne, at homogeniteten blandt klienterne i forening med tidsbegrænsningen og det fælles tema bidrager til en væsentligt hurtigere udvikling af gruppesamhørighed og gruppeidentitet end tilfældet er i klassiske langsomt-åbne grupper.

Korttidsterapi i grupper: Aktuel klinisk praksis

Efter denne summariske præsentation af hovedprincipperne bag ét forsøg på en udmøntning af gruppeanalytiske principper for korttidsgrupper, vil jeg nu foretage en mere dybtgående gennemgang af en række temaer af central betydning for dette felt på basis af centrale artikler og bøger om emnet. Denne litteraturgennemgang tager udgangspunkt i den kliniske litteratur, men jeg har bestræbt mig på i videst mulig udstrækning inddrage de forskningsresultater, som er relevante for fremstillingen.

Korttidsgrupper har været anvendt igennem en længere årrække, men behandlingsmodaliteten er blevet mere populær i takt med de stigende krav til udviklingen af effektive og billige psykoterapiformer. Som følge af denne voksende udbredelse er anvendelsen af sådanne grupper også udbredt fra tidligere overvejende at have været reserveret til hospitalsafdelinger og/eller til krisebehandling til nu også at være et hyppigt anvendt tilbud til et bredere udvalg af psykoterapiklienter (6, s.424). Indenfor litteraturen om korttidsgrupper synes en vis konsolidering af feltet at være sket i 1985, hvor der udkom et temanummer af *International Journal of Group Psychotherapy* helliget korttidsgruppeterapi. Siden er blandt andet udkommet to større arbejder om korttidsgrupper på psykoanalytisk/interpersonelt grundlag, nemlig Piper et al.'s *Adaption to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy* (12) og MacKenzie's *Time -Managed Group Psychotherapy* (13) og et review af feltet (14), som tilsammen giver et ganske dækkende billede af de fællestræk og divergenser, der synes at tegne sig indenfor forståelsen af denne type af »interpersonelle-eksplorerende« grupper.

Overordnet må det slås fast, at det fortsat synes rimeligt at behandle litteraturen indenfor de forskellige psykoanalytiske og interpersonelle traditioner som et samlet felt, i og med, at man som et centralt fællestræk for disse forståelser finder, at det interpersonelle samspil i gruppen og de indsigter, der kan afledes af dette, ses som den centrale dynamiske faktor i den terapeutiske proces. Herved adskiller det psykoanalytisk-interpersonelle felt sig fra hovedparten af andre gruppeterapeutiske traditioner, hvor der typisk i højere grad arbejdes med individuel terapi i gruppen.

Det er imidlertid også oplagt, at der indbyrdes mellem klinikere og teoretikere, der arbejder ud fra psykoanalytisk-interpersonelle principper, ses forskelle i holdninger. Disse synes først og fremmest at afhænge af, om forfatterne har deres tilhørsforhold i den interpersonelle tradition eller tager udgangspunkt i en mere klassisk psykoanalytisk forståelse. Den interpersonelle forståelse af gruppeterapi, som har Irvin Yalom som sin mest fremtrædende eksponent, lægger som også nævnt ovenfor afgørende vægt på, at gruppens fokus ligger på de konkrete oplevelser, forestillinger og følelser, der udspiller sig imellem de enkelte deltagere i gruppens her-og-nu. Derfor tilrådes det, at terapeuterne direkte opfordrer klienterne til at fokusere på disse følelser og dele dem med hinanden (se f.eks. 15, s.364; 16, s.143ff). Indenfor den psykoanalytiske forståelse er der – på trods af en del nuanceforskelle på dette område – en større interesse for tolkning af overføring og også i nogen grad for sammenkædningen af fortid og nutid (se f.eks.17, s.420f; 18, s.26).

Udbytte

I en redegørelse for den eksisterende viden om korttidsterapi i grupper synes det naturligt at indlede med en oversigt over undersøgelser af *effekten* af sådanne grupper. Der er indenfor de senere år publiceret to større reviews (19; 20), hvor dette spørgsmål behandles. Fuhriman & Burlingame (19, s.7ff) slår fast, at meta-analyser klart tyder på, at gruppeterapi er effektiv sammenlignet med ikke-behandlede kontrolgrupper. Endvidere tyder undersøgelser, hvor forskellige gruppemodaliteter er slået sammen og sammenlignet med

resultater fra individuel terapi, på at der ikke er markante forskelle i effektens størrelse mellem gruppe- og individuel terapi. Piper & Joyce har specielt behandlet undersøgelser af korttidsgruppeterapi og konkluderer (20, s.317f), at der er massiv dokumentation for effekten af denne behandlingsform, når der sammenlignes med ingen behandling. De fandt kun 6 studier, hvor korttidsgruppeterapi sammenlignes med individuel terapi, men i disse var den klare tendens, at der ikke kunne findes signifikante forskelle mellem udbyttet af de to behandlingsmodaliteter.

I de ovennævnte studier skelnes ikke mellem forskellige former for korttidsgruppeterapi. Søger man efter litteratur, hvor psykoanalytisk-interpersonel korttidsgruppeterapi sammenlignes med andre former for behandling, snæveres feltet af undersøgelser yderligere ind. De to mest prominente studier er foretaget af Piper et al. (21) og Budman et al. (22). Budman et al. fandt i deres sammenligning mellem interpersonel-eksplorerende korttidsgruppeterapi og individuel terapi, at begge behandlingsformer hjalp klienterne, og at der ikke kunne findes signifikante forskelle på traditionelle effektmål. Derimod var klienternes *tilfredshed* med terapien markant højere i individuel terapi end i gruppeterapi⁴. Piper et al. fandt, at patienter i korttidsgrupper nok opnåede klare bedringer, men at korttidsgrupper samtidig var den mindst effektive behandlingsform sammenlignet med langtidsgruppeterapi, korttids individuel terapi og længerevarende individuel terapi.

På baggrund af disse og andre undersøgelser konkluderer Yalom (16, s.276), at:

»In sum, the brief group therapy research is yet in a rudimentary stage. Its early findings resemble the general brief therapy research (...): the effectiveness of brief formats has been shown, but it has not been demonstrated that brief therapy is equivalent or superior to longer-term therapy«.

Forberedelse af gruppen

Jeg vil indledningsvis give en fremstilling af litteraturen om forberedelsen af korttidsgrupper, herunder problemstillinger som karakteren af den terapeutiske ramme samt spørgsmålet om selektionskriterier for klienter til sådanne grupper. Jeg vil for hvert punkt søge at påpege de ligheder og forskelle, der måtte være mellem de forskellige forfattere og også inddrage empiriske forskningsresultater, når disse foreligger.

Den terapeutiske ramme

I denne behandling af aspekter af den terapeutiske ramme for korttidsgrupper har jeg fokuseret på gruppernes varighed, størrelsen af grupperne og om der er tale om åbne eller lukkede grupper. Man kunne også mene, at spørgsmål omkring den terapeutiske kontrakt, altså aftaler om fremmødepligt, afståen fra kontakt med gruppemedlemmerne udenfor gruppen mv., hører ind under den terapeutiske ramme. Jeg har imidlertid valgt at behandle disse problemstillinger nedenfor i forbindelse med en diskussion af forberedelsen af klienterne til gruppestarten.

Et helt fundamentalt spørgsmål i forbindelse med korttidsterapi er spørgsmålet om, hvordan korttidsterapi egentlig skal afgrænses som behandlingsmodalitet. Flere forfattere (f.eks. Budman et al. (5, s.320) og Yalom (16, s.273)) gør opmærksom på, at en del studier tyder på, at op imod halvdelen af alle gruppeterapiklienter dropper ud af *langtids*grupper indenfor det første år – og mange gør det allerede indenfor de første 12 sessioner. Hermed kan man med en vis ret hævde, at hovedparten af alle gruppeterapier formodentligt *de facto* er korttidsterapier.

Forholder man sig kun til de terapier, der er *planlagt* som tidsbegrænsede, synes der at være en vis konsensus om en basisform, selvom der kan findes et væld af variationer af denne. Det mest almindelige er, at terapiforløb tilrettelægges med et på forhånd fastsat antal møder, som imidlertid kan veksle en

del fra kliniker til kliniker. Koss & Shiang (23, s.666) angiver, at der er almindelig enighed i den kliniske litteratur om at anse 25 sessioner som overgrænsen for *korttids*behandling. I de fleste artikler om tilrettelæggelsen af korttidsgrupper for ambulante patienter (se f.eks. 6, s.429; 15, s.366; 17, s.419; 24, s.350) angives en tidsramme mellem 10 og 20 sessioner som den almindeligste.

Som nævnt er det almindeligste, at grupperne er lukkede, således at der ikke optages nye klienter undervejs igennem forløbet. Flere forfattere (bl.a. MacKenzie (25, s.49)) lægger vægt på, at grupper, hvor alle deltagere starter og slutter sammen, gør det muligt at udnytte de typiske udviklingsfaser i lukkede grupper som et konstruktivt terapeutisk redskab. Ikke mindst udviklingen af gruppesamhørighed, som anses for at være et *sine qua non* for et godt udbytte af korttidsgrupper, vurderes at være afhængig af en fælles gruppestart. Imidlertid har der været gjort mange forsøg med alternative modeller, typisk i hospitalssammenhænge, hvor gennemtrækket af patienter nødvendiggør dette (se f.eks. 1, 1983), men også når det gælder grupper for ambulante patienter. For eksempel beskriver Budman et al. (26) tre forskellige gruppeformer, der varierer afhængigt af klienternes alder. Unge klienter tilbydes således deltagelse i lukkede korttidsgrupper, mens midaldrende deltager i 15 uger i åbne grupper, der således kontinuerligt udskifter sine medlemmer, og ældre klienter har tilbuddet om at deltage i op til 20 sessioner pr. år, men kan herudover komme så ofte, som de selv føler behov for.

Hvad angår størrelsen af gruppen er der lidt forskellige angivelser af den optimale gruppestørrelse. Poey foreslår (24, s.334) at grupperne omfatter 6-8 klienter, mens MacKenzie argumenterer for, at 5 eller 7 klienter er det optimale antal (27, s.27), men at 5-10 er acceptabelt for grupper, der skal arbejde med relationerne mellem deltagerne. Yalom påpeger (16, s.276ff), at hvis der er færre end fem medlemmer, bliver fokus på terapeuten for stærkt på bekostning af interaktionen mellem medlemmerne, mens der, hvis der er for mange medlemmer, ofte vil opstå en tilbøjelighed til klikedannelser og subgrupper. For eksempel vidner en ældre undersøgelse af Castore (29) om, at når grup-

per når op på ni medlemmer, sker der et markant fald i antallet af øvrige gruppe-medlemmer, som den enkelte deltager henvender sig til i hver session. Dette kunne altså tyde på, at deltagerne, når gruppen bliver for stor, søger tilflugt til en mindre undergruppe af andre deltagere, som de føler sig tættere på. Yalom ser dette som en indikation for, at det optimale antal deltagere i en gruppe er 5-8.

Selektion af klienter

Spørgsmålet om selektion af klienter til korttidsgrupper er naturligvis forbundet med spørgsmålet om hvilken type gruppe, klienterne rekrutteres til. I denne sammenhæng beskæftiger vi os imidlertid udelukkende med den type grupper, som MacKenzie betegner som interpersonelle-eksplorerende. Dette betyder, at mange af de eksklusionskriterier, som vil blive præsenteret i det følgende, ikke er gældende for andre typer af grupper, for eksempel grupper for indlagte psykiatriske patienter.

For grupper for ikke-indlagte klienter gælder imidlertid, at der er en relativt stor grad af enighed omkring eksklusionskriterier for sådanne grupper. Budman et al. (26, s.66) nævner, at man ikke optager klienter i grupperne, som er psykotiske, suicidaltruede, potentielt meget vrede eller eksplosive, stærkt narcissistiske eller simpelthen ikke interesserede i korttidsgruppeterapi. Disse kriterier synes at være alment accepterede. En mere psykologisk orienteret karakteristik af eksklusionskriterierne gives af Klein (30, s.314), der mener, at klienter med tilbøjelighed til benægten, en manglende evne til at se, hvordan intra- eller interpersonelle aspekter bidrager til deres problemer, og en tilbøjelighed til somatisering risikerer at få problemer i relation til de øvrige gruppe-medlemmer og ultimativt at droppe ud. Ligeledes anses det for et problem, hvis klienternes motivation for gruppeterapi er for lav.

Kriterier for *inklusion* er lidt mere spredte, men følger dog i vid udstrækning af eksklusionskriterierne. Således finder man hos Klein (30, s. 314f) som positive inklusionskriterier, at patienten snarere end at formulere sine problemer i vage eller generelle termer kan angive specifikke områder, hvor han ønsker

at forandre sig, at patienten kan definere interpersonelle aspekter af sine problemer, og at patienten er seriøst motiveret for gruppeterapi. Blandt andre inklusionskriterier er blevet fremhævet evnen til introspektion eller »psychological mindedness«, realistiske forventninger til gruppen og en basal kontaktevne (24, s.334; 25, s.48).

Der er blevet foretaget en del forskning i selektionskriterier til gruppeterapi, hvoraf hovedparten er opsummeret af Piper (31). Han gennemgår først 23 studier, der har søgt at undersøge interaktionen mellem et bestemt karakteristikum ved klienten og en anden variabel, for eksempel terapiformen eller terapeutstil. Hans konklusion er, at langt de fleste af studierne fandt signifikante sammenhænge mellem undersøgte variable, hvilket peger i retning af, at området i sig selv er lovende. Imidlertid tegner konklusionerne fra de forskellige studier langtfra et ensartet billede. Af specifikke studier, der synes at være relevante for den foreliggende problemstilling, kan blandt andet nævnes Meichenbaum et al.'s (retrospektive) studie af gruppeterapi for studerende med taleangst (32). Her fandt man, at for studerende, hvis taleangst var begrænset til egentlige foredrags- eller talesituationer, var desensibilisering den mest effektive behandling, mens indsigtgivende terapi var mere effektiv for klienter, hvis angst optrådte i flere forskellige sociale situationer. Det kan også nævnes, at Abrahamowitz & Abrahamowitz (33) fandt, at studerende med en høj grad af psykologisk forståelse (*psychological mindedness*) profiterede mest af indsigtsorienterede grupper, mens studerende, der scorede lavt på psykologisk forståelse fik mere hjælp i grupper, der ikke betonedede indsigt.

Hvad angår mulighederne for at forudsige hvilke klienter, der vil fungere godt i en gruppe, konkluderer Piper (31, s.95ff), at den sikreste måde, hvorpå man kan foretage en sådan vurdering, faktisk synes at være at mødes med klienterne i en gruppe, før grupperne sammensættes. Observationer af klienters adfærd i grupper synes i hvert fald at være en væsentligt sikrere prædikator for succes i en terapigruppe end vurderinger truffet på baggrund af individuelle samtaler og/eller forskellige psykologiske tests. Dog synes mål af mere specifikke psykologiske egenskaber, såsom psykologisk forståelse

(*psychological mindedness*), jeg-styrke og emotionel labilitet, muligvis at kunne forudsige klienters funktion i terapigrupper, men Piper (31, s.102) mener ikke, at der eksisterer et tilstrækkeligt omfattende materiale på disse områder til, at man kan drage mere definitive konklusioner. Til gengæld anser Piper det for velunderbygget, at positive forventninger til terapien bidrager relativt meget til et godt resultat af terapien.

Ser man på forskellige demografiske variable som alder, køn, uddannelse arbejde mv., synes kun alder at gøre en vis forskel, idet flere studier peger i retning af, at udbyttet af terapien falder som funktion af klientens alder. En faktor, der – ikke overraskende – synes at være mere betydningsfuld, er klientens psykiatriske diagnose, idet det er relativt velunderbygget, at klienter med problemstillinger indenfor et neurotisk spektrum opnår større resultater i gruppeterapi end klienter med alvorligere psykopatologi.

Hos Yalom (16, s.237) finder man udover mange af de iagttagelser, som også findes hos Piper, henvisninger til yderligere to forhold, der synes at kunne have en positiv betydning for forløbet af gruppeterapi. Det ene er, at klienter, som værdsætter og ønsker personlig forandring, også synes at have et større udbytte af terapien (jvf. 34). Det andet er, at i hvert fald én undersøgelse (35) tyder på, at en spørgeskemabaseret vurdering af klienters mod til at løbe en risiko i gruppeterapien kunne forudsige klienternes faktiske evne til at optræde adækvat i gruppen og for eksempel give feedback, åbne sig og involvere sig i gruppeprocessen.

Sammensætning af gruppen

Med til selektionen af klienterne hører også det mere specifikke spørgsmål om, hvordan gruppen skal sammensættes. Når det gælder langtidsgrupper, er det almindeligt at anbefale et vist mål af heterogenitet blandt gruppemedlemmerne, således at sammensætningen af disse i højere grad skaber et »mikrokosmos«, der kan sammenlignes med verden udenfor gruppen⁶. For korttidsgrupper er der imidlertid meget bred enighed om, at en langt mere homogen sammensætning af gruppen vil være at foretrække (36, s.368f). Det kan

ganske vist være lidt forskelligt, hvilke parametre, der søges holdt konstant. Budman et al. (26, s.65ff) redegør for eksempel for en model, der er baseret på alder som den fælles komponent. Budman-gruppen arbejder så specifikt med de psykologiske temaer, der efter deres erfaring knytter sig specielt til de forskellige livsaldre. Mere almindeligt er det dog, at lade en fælles problemstilling, et gruppefokus, være det, der knytter deltagerne sammen. Selv når dette er tilfældet anbefales det imidlertid ofte, at tilstræbe yderligere lighed mellem deltagerne på en række andre områder, såsom for eksempel alder, kulturel baggrund, eventuelt køn samt almen jeg-styrke og angsttolerance (17, s.417ff; 24, s.334; 30, s.317f).

Fordele ved homogene grupper beskrives relativt samstemmende som bestående i, at der hurtigt udvikles en følelse af gruppesamhørighed på grund af den umiddelbare lighed ved at identificere sig med de andre gruppe-medlemmer (se f.eks. 15, s.366; 17, s.423; 30, s.317). Dog gør både Yalom & Yalom (15) og MacKenzie (13, s.129) opmærksom på, at en stærk følelse af gruppesamhørighed også kan føre til en tilbøjelighed til at stræbe efter konsensus og en afvisning af at fokusere på individuelle forskelle og potentielle uenigheder i grupperne. Her kan terapeuten have en opgave omkring introduktionen af sådanne uønskede temaer i grupperne⁷.

Etablering af et terapeutisk fokus og en målsætning for deltagerne

Som nævnt ovenfor vil et centralt karakteristikum for korttidsgruppeterapi stort set altid være forekomsten af en eller anden form for terapeutisk fokus eller fælles tema hos klienterne og ofte også en eksplicit opstilling af mål for deltagerne i terapien. Dette er (som mange af de øvrige karakteristika ved korttidsgruppeterapi) helt analogt med principperne for individuel dynamisk korttidsterapi, hvor netop afgrænsningen af et centralt problemområde er et afgørende aspekt af alle forskellige behandlingsmodeller.

Procedurene for formulering af et sådant fokus og mål for klienterne kan variere lidt. Flere (f.eks. Budman & Gurman (38)) foretrækker at afklare det terapeutiske fokus, før gruppen er samlet og bruge de indledende individuelle

samtaler med klienterne til at præcisere relationerne mellem klientens personlige problematik og gruppens fælles mål. Andre (f. eks. Poey (24, s.336)) anbefaler, at afklaringen af gruppens fokus i vid udstrækning sker i gruppen igennem de første samtaler. Poey forstår denne proces som en vital del af terapien, og han lægger meget vægt på, at man både finder et fælles tema for hele gruppen og individuelle, realistiske, interpersonelle mål for den enkelte klient.

Selvom det ikke fremgår af alle modeller for korttidsgruppeterapi, er en stor del af de fremtrædende klinikere på området dog tilsyneladende enige om, at det er vigtigt, at klienternes individuelle problemstillinger fra starten søges formuleret i *interpersonelle* termer (6, s.437; 15, s.364). Herigennem bliver det muligt for klienten at identificere centrale problematiske relationsmønstre og følgelig at udforske og arbejde med disse direkte i relation til gruppen og de enkelte medlemmer i denne.

Forberedelse af klienten til gruppedeltagelsen

Et helt generelt træk ved litteraturen om korttidsgrupper er, at der lægges meget stor vægt på en grundig forberedelse af klienterne, *før* de starter i gruppen. Når grupperne løber over så relativt kort tid, anses det almindeligvis for nødvendigt, at klienterne relativt hurtigt kan påbegynde det terapeutiske arbejde og ikke skal gennem en langstrakt fase, hvor de slås med usikkerhed omkring gruppens arbejdsform og mål. Som påpeget af Yalom (16, s.291) kan dette være i strid med en mere radikal psykoanalytisk model, hvor man vil være tilbageholdende med at orientere om gruppeformen, fordi flertydighed omkring gruppens mål og arbejdsform ses som fremmede for overføringsfænomener i gruppen. Mens en sådan tilbageholdenhed muligvis kan retfærdiggøres i eksplorerende langtidsgrupper (se dog Yaloms præcise diskussion af balancen mellem støttende og angstprovokerende aspekter ved gruppens start), synes der i forhold til korttidsgrupper at være konsensus om, at en mere specifik introduktion er nødvendig.

En sådan forberedelse vil typisk ske gennem en grundig samtale med klienten om dennes forventninger til gruppen, eventuelle bekymringer i forhold til det at starte i gruppen, tidligere gruppeerfaringer mv. Nogle terapeuter benytter sig af skriftlig information til klienten, som gennemgås sammen med denne⁸, andre arrangerer ligefrem forberedende gruppeworkshops, hvor kommende klienter gennem forskellige øvelser kan få erfaringer med gruppedeltagelse samtidig med, at terapeuterne får mulighed for at observere klienterne i en gruppesammenhæng (se f.eks. 38, 1988)⁹.

Med til orienteringen af klienten hører også en grundig introduktion til gruppens ramme og grundregler og en afklaring af, om klienten mener, at han kan overholde disse regler. Til disse kan høre en forpligtelse på at møde præcist og hver gang, overholdelse af tavshedspligt, en accept af ikke at have kontakt med de øvrige deltagere udenfor gruppen mv. Endvidere mener mange, at klienten bør orienteres om, hvordan terapeuterne vil arbejde og deres rationale herfor, og hvordan klienterne bedst kan sikre, at de får noget ud af gruppen – for eksempel ved at tilstræbe åbenhed, ved at henvende sig direkte til de øvrige deltagere etc. (se 13, s.375ff; 16, s.282ff; 30, s.318f).

Et særligt spørgsmål vedrører, hvorvidt terapeuten selv bør forestå orienteringen før gruppen, eller denne bør varetages af andre personer. Mens det mest almindelige synes at være, at det er terapeuten selv, der taler med de kommende gruppedeltagere, advokerer McCallum & Piper (18, s.25) for, at terapeuten *ikke* bør foretage den indledende vurdering af patienten og den efterfølgende orientering om gruppetilbuddet. Herved undgås det ifølge McCallum & Piper, at patienten forvirres over skiftet fra en didaktisk til en fortolkende og fra en individorienteret til en gruppeorienteret indstilling hos terapeuten. Selvom dette umiddelbart kan lyde logisk, må det dog bemærkes, at jeg selv i en interviewundersøgelse af klienter i korttidsgruppeterapi fandt, at klienter, der *ikke* havde været til orienterende samtaler med terapeuterne, tenderede til at opleve dette som et svigt fra terapeuternes side, som bidrog til større utryghed ved gruppestarten (39, s.132ff). Jeg har i denne forbindelse

argumenteret for, at en af funktionerne af de individuelle forberedende samtaler er at bidrage til etableringen af en *individuel* terapeutisk alliance mellem den enkelte klient og terapeuten, som kan medvirke til at styrke klientens toleranse for den angstprovokerende usikkerhed, der er uundgåelig i startfasen i en analytisk orienteret gruppe.

Den terapeutiske teknik

Efter ovenstående gennemgang af principper for etablering af den terapeutiske ramme, selektion af klienter og forberedelse af disse før gruppens start, vil det være naturligt at fortsætte med en redegørelse for, hvordan terapeutens rolle i korttidsgruppeterapi er blevet forstået. Dette emne vil blive behandlet i anden del af denne artikel.

Abstract

Group-analytic and interpersonal short-term groups

–Theory and research. 1. General principles

Based on a literature survey general principles for short-term interpersonal / psychoanalytic group psychotherapy are outlined. Group-analytic and other psychoanalytic as well as interpersonal viewpoints on short-term dynamic groups are introduced and the results from research in outcome are presented. Furthermore issues around the establishment of short-term groups are discussed, amongst these the delineation of the therapeutic frame, selection of clients and group composition, defining a focus for the group and preparation of the clients before the beginning of the group.

Noter

1. Litteraturlisten til denne artikel findes efter artiklens anden del.
2. Principperne for disse grupper vil blive omtalt nedenfor.
3. I Foulkes' beskrivelser af »lukkede« grupper mhp. rehabilitering af soldater (9) findes dog eksempler på grupper af væsentligt kortere varighed. Disse grupper er imidlertid atypiske derved, at gruppen samtidig indgår i en række arbejdsfunktioner sammen, og at deltagerne endvidere er i parallelle individuelle forløb.
4. Se Piper & Joyce (20) for en diskussion af faktorer, der kan have betydning for klienters præference af individuel terapi i forhold til gruppeterapi.
5. Jvf. Fulkerson et al.'s studie af terapigrupper med få deltagere (28).
6. Dog mener Yalom (16, s.262ff), at det alt andet lige også i langtidsgrupper er vigtigere, at gruppen er præget af samhørighed.
7. Se også Thygesens skelnen mellem *sammensmeltning* og *sammensplejsning* i grupper (37).
8. Et eksempel på en sådan informationsskrivelse kan ses i MacKenzie's monografi om korttidsgruppeterapi (13, s.375ff).
9. Se Kaul & Bednars review over forskning omkring forberedelse til gruppeterapi (40).

GRUPPEANALYTISK OG INTERPERSONEL KORTTIDSGRUPPETERAPI – TEORI OG FORSKNING

2. *Terapeutens opgaver i gruppen*

Matrix 2000/01;1, s. 26-52

Stig Poulsen

Der gives i denne artikel en redegørelse for terapeutens rolle i korttidsterapigruppeterapi på et psykoanalytisk grundlag. Det understreges, at man i litteraturen finder en relativt udbredt enighed om, at terapeuten må indtage en noget mere aktiv position end i længerevarende grupper. Dog er mange forfattere af den holdning, at graden af terapeutens aktivitet må afhænge af, hvilken udviklingsfase gruppen befinder sig i. Centrale tekniske principper for korttidsterapigruppeterapi gennemgås, herunder anbefalinger af at holde interventioner på et mere realitetsorienteret niveau, ofte med et her-og-nu-fokus, hvor de interpersonelle relationer i gruppen udforskes. Endelig behandles den særlige betydning tidsrammen har for den terapeutiske proces. Igennem artiklen beskrives forskelle og overensstemmelser mellem forståelser forankret i interpersonel teori og tilgange inspireret af klassisk psykoanalytisk teknik.

Jeg har i første del af denne artikel redegjort for en række spørgsmål omkring etableringen af korttidsgrupper på gruppeanalytisk og interpersonelt grundlag. I denne forbindelse har jeg blandt andet behandlet, hvordan en eksplicit gruppeanalytisk tilgang til korttidsgrupper er blevet formuleret, ligesom jeg har diskuteret, hvordan problemstillinger omkring gruppens sammensætning, rammer og mål er blevet beskrevet indenfor de psykoanalytiske og interpersonelle traditioner. I nærværende anden del af artiklen, vil jeg fokusere mere direkte på selve det terapeutiske arbejde. Jeg vil i denne forbindelse koncen-

trere mig om forskellige aspekter af terapeuternes opgaver i korttidsgrupper. I to efterfølgende artikler om *terapeutiske faktorer* vil der blive redegjort mere detaljeret for aspekter af den terapeutiske proces, der i højere grad følger af gruppedynamikken og relationerne til de øvrige deltagere.

Generelle retningslinjer

Et gennemgående træk ved litteraturen om korttidsterapi i grupper er, at terapeuternes rolle som oftest beskrives som væsentligt mere aktiv og direkte, end det er almindeligt for længerevarende psykoanalytisk orienterede grupper. Flere reviews over principper for korttidsterapi i grupper konkluderer da også, at terapeuten indenfor denne behandlingsmodalitet hyppigt vil og bør bruge teknikker, som ikke traditionelt tages i brug indenfor psykoanalytisk inspirerede terapiformer, såsom rådgivning, hjemmeopgaver, strukturerede øvelser etc. (14, s.334; 24, s.344; 41, s.436f).

Selvom dette muligvis er udtryk for en vidt udbredt indstilling, synes der dog at være en del forskelle i de beskrivelser af tekniske principper for korttidsgruppeterapi, som jeg skal gennemgå i det følgende. Alt andet lige finder man i den overvejende del af litteraturen på området, at forfatterne bruger langt mere plads på at beskrive mere klassiske interventionsformer, såsom klarifikation og tolkninger, end mere direkte interventioner. Forskellen i forhold til traditionalistiske dynamiske terapier ligger snarere i terapeutens attitude og i spørgsmålet om, hvorhen terapeuten retter sin opmærksomhed. Her synes der, som det vil fremgå af det følgende, overvejende at være enighed om, at terapeuten bør:

- bestræbe sig på at være relativt transparent og direkte
- orientere sig mod jeg'et snarere end det'et hos klienterne
- rette opmærksomheden mod terapiens her-og-nu fremfor klienternes fortid eller liv udenfor gruppen
- overvejende fokusere på interpersonelle snarere end indrepsykiske problemstillinger

- overvejende fokusere på de særlige temaer, der relaterer sig til det terapeutiske fokus
- fastholde tidsrammen for behandlingen som et vigtigt fokus for klienternes opmærksomhed

Selvom flertallet af forfatterne, der beskæftiger sig med korttidsgruppeterapi, formodentlig vil kunne tilslutte sig disse principper, er der dog tydelige forskelle mellem de holdninger, der bliver tilkendegivet. Jeg skal i det følgende behandle disse problemstillinger i detaljer og vil i denne forbindelse også redegøre for de områder, hvorom der hersker uenighed. Det kan dog allerede slås fast, at holdningsforskellene, som også skitseret ovenfor, først og fremmest findes mellem de terapeuter, der mest klart bekender sig til den interpersonelle tradition, og de, der eksplicit tager udgangspunkt i psykoanalytiske og gruppeanalytiske behandlingsprincipper.

Inden jeg går nærmere ind i behandlingen af disse spørgsmål, vil jeg dog kort redegøre for et andet forhold, der bidrager til en nuancering af spørgsmålet omkring terapeuternes aktivitet, nemlig at denne aktivitet hos de fleste forfattere ses som relateret til terapiens forskellige udviklingsfaser.

Terapeuternes aktivitet i terapiens forskellige faser

Mange af de klinikere, der har beskrevet modeller for korttidsgruppeterapi, opererer med forskellige faser i terapien, som stiller forskellige krav til terapeuten og til niveauet af dennes aktivitet. For eksempel inddeler Poey (24, s.345) terapien i fire faser med forskellige terapeutattituder hørende til hver fase. Den første fase omfatter ifølge Poey etableringen af en gruppekontrakt. Her er det ønskværdigt, at terapeuten indtager aktiv, støttende, normsættende rolle og i vid udstrækning afstår fra at tolke. Poey anbefaler (s.338), at terapeuten direkte angiver, hvilken form for adfærd i gruppen, der er ønskværdig fra deltagerne. I den anden fase, hvor gruppesamhørigheden for alvor etab-

leres, kan og bør terapeuten være væsentligt mere tilbageholdende, således at gruppedeltagerne gennem en større ansvarlighed for gruppens arbejde orienterer sig mere i retning af relationerne til de øvrige klienter. Poey angiver (s.340), at netop terapeutens insistensen i denne fase på, at deltagerne er i stand til fungere autonomt, udgør et stærkt incitament for udvikling af gruppesamhørighed – i nogen grad på basis af en delt vrede mod terapeuten. I den tredje fase, arbejdsgruppestadiet, påtager terapeuten sig de almindelige opgaver som facilitator for den terapeutiske proces med lejlighedsvis tolkninger på såvel individuelt som dyadisk og gruppeniveau. Og i afslutningsfasen vil terapeuten ofte igen indtage en mere aktiv rolle, nu fokuseret på afslutningen og deltagernes eventuelle forsvar mod de følelser, som denne vækker.

MacKenzies beskrivelse af terapeutens opgave på forskellige tidspunkter i gruppens liv (6, s.431ff) minder på nogle punkter om Poey's. MacKenzie opererer med en indledende fase, som han kalder for *engagementsfasen*. Denne er karakteriseret ved opbygning af gruppesamhørighed og en afsøgning af ligheder mellem deltagerne. Selvom MacKenzies overordnede synspunkt er, at terapeuten kun skal intervenere i forhold til gruppens proces, når dette skønnes nødvendigt, angiver han dog, at terapeuten typisk skal være rimeligt aktiv igennem engagementsfasen. Terapeuten bør i den første session tage initiativ til en præsentationsrunde og generelt være meget opmærksom på, at alle deltagere får sagt noget igennem hvert af de første gruppemøder. Endvidere skal terapeuten fokusere på etableringen af samhørighed i gruppen og kan for eksempel give interventioner, der er præget af en hyppig brug af »vi«, hvilket bidrager til etableringen af en gruppeidentitet (13, s.165).

Efterfølgende kommer ifølge MacKenzie typisk en fase, han betegner som *differentieringsfasen*. Denne er karakteriseret ved en afsøgning af individuelle forskelle og potentielle konflikter og vil ofte tillige være præget af kritik og udfordring af terapeuten. I vid udstrækning må terapeuten blot være accepterende overfor denne udvikling – der kan altså være tale om, at terapeuten, som Poey (og også Goldberg et al. (17, s.420)) beskriver det, vil komme til at

spille en mindre synlig rolle på dette tidspunkt af gruppens liv (selvom det indre arbejde, der er forbundet med at forholde sig roligt til den mere anspændte og kritiske atmosfære, kan være betydeligt – jvf. 13, s.187). Dog anfører MacKenzie, at terapeuten kan være nødsaget til aktivt at intervenere, for eksempel for at beskytte gruppedeltagere, der i for overvældende grad udsættes for kritik fra resten af gruppen.

Den tredje fase kalder MacKenzie fasen for *interaktionelt arbejde*. Meget tilsvarende Poey anser MacKenzie dette for et stadie i gruppens liv, hvor der kan arbejdes i dybden med fælles og individuelle problemstillinger, og terapeutens aktivitet afhænger naturligvis stadig af, i hvor høj grad gruppedeltagerne selv formår at tage ansvar for og facilitere det terapeutiske arbejde. Dog understreger MacKenzie (25, s.51), at terapeuten *kan* blive mere aktiv, når der i denne fase arbejdes mere intenst med de interpersonelle relationer og disses sammenhæng med deltagernes liv udenfor gruppen.

I *afslutningsfasen* må terapeuten, sådan som det også beskrives af Poey, fastholde afslutningens uafvendelighed og aktivt undersøge deltagernes reaktioner på denne. I øvrigt lægger MacKenzie megen vægt på, at terapeuten hele vejen gennem det terapeutiske forløb understreger, at terapien er tidsbegrænset og er opmærksom på temaer i gruppens materiale, der er relateret til tidsrammen (se især 25).

Terapeuternes holdning

Hvor man i hvert fald i nogle, mere traditionelle forståelser af den psykoanalytiske teknik fastholder billedet af analytikeren som en følelsesmæssigt tilbageholdende og upåvirket skikkelse¹, synes flertallet af de forfattere, der har beskæftiget sig med korttidsgruppeterapi, at være enige om, at terapeuten i korttidsgrupper må vise væsentligt mere af sig selv. Dette er i øvrigt også helt i overensstemmelse med Foulkes' anvisninger for længerevarende grupper. Mange klinikere (24, s.343; 30, s.325; 41, s.437) lægger vægt på, at terapeuten aktivt søger at afmystificere behandlingsprocessen, således at klienterne

fremfor at tiltro terapeuten magiske evner får mod på selv at tage ansvaret for deres egen udvikling.

Endvidere anbefales hyppigt, at terapeuten tillader sig selv et vist mål af åbenhed omkring egne følelser i gruppen. Der er dog ganske forskellige opfattelser af, hvor langt terapeuten bør gå på dette område. Yalom (16, s. 202ff) advokerer for, at terapeuten i visse situationer åbent kan indrømme sin forvirring, følelser af distance til enkelte klienter eller ligefrem irritation overfor visse medlemmer af gruppen. Dog fastholder han, at det kun er relevant, at terapeuten deler følelser, der er direkte relevante for terapiens her-og-nu, med klienterne. Der synes ikke at være gode grunde til at delagtiggøre klienterne i terapeuten's privatliv, personlige fortid etc. (ibid., s.209). Mens Poey (24, s.343) og Dies (41, s.437) også anbefaler, at terapeuten er mere åben omkring sine følelser, synes MacKenzie (13, s.259) at være noget mere skeptisk overfor værdien heraf. Ganske vist anerkender han principielt set, at det kan være relevant, at terapeuten deler sine følelser relateret til specifikke begivenheder i terapien med deltagerne, men han mener, at terapeuten kun bør gøre dette, når der er tale om følelser i forhold til gruppen som helhed, således at det undgås, at gruppemedlemmerne føler, at terapeuten har personlige favoritter i gruppen. Endelig forsvares en traditionel psykoanalytisk holdning af McCallum & Piper (18, s.26ff), som argumenterer for, at terapeuten i vid udstrækning skal indtage en neutral og afventende position, således at overføringen lettere kan folde sig ud.

Selvom man således kan finde et bredt spektrum af holdninger til terapeuten's indstilling i korttidsgruppeterapi, synes der dog i overvejende grad at være konsensus om, at en åben og ligefrem attitude fra terapeuten's side bidrager positivt til klimaet i gruppen, også fordi terapeuten kommer til at fungere som rollemodel og inspirerer til mere åbenhed og ærlighed blandt klienterne i gruppen (41, s.437).

Terapiens realitetsorientering

Den mest udbredte holdning i forhold til korttidsterapi synes at være, at terapeuterne bør holde deres interventioner på et realitetsorienteret niveau. Dette indebærer udtrykt i psykoanalytisk terminologi, at terapeuten overvejende skal arbejde med bevidste og førbevidste fænomener, snarere end ubevidste, og at terapeuten skal fokusere på jeg-funktionen, ikke på fænomener relateret til det'et såsom præ-ødipalt, psykosenært materiale (24, s.346; 30, s.324). Psykiske forsvar skal som hovedregel heller ikke søges nedbrudt. Som det anføres af Poey:

»generally the rule is to support the ego by accentuating the secondary process material while ignoring primary process material. (...) Immediate needs, wishes, and fears, not archaic ones, are the preferred foci« (24, s.346).

Der er dog ikke i litteraturen fuldstændig enighed om dette synspunkt. Blandt andet hos Goldberg et al. (17) finder man en beskrivelse af en model for korttidsgruppeterapi, der synes noget mere orienteret mod at bearbejde regressive, irrationelle processer i terapien. De skriver for eksempel:

»The team stimulates regression by minimizing nurturance, rapidly interpreting group defenses, and continually pushing toward further exploration. Movement in the group is accentuated by the clarification, confrontation, and interpretation of group defenses, transferences, and unconscious themes« (17, s 415f).

Selv om det er åbenlyst, at Goldberg et al. arbejder i en mere klassisk analytisk stil, fremgår det dog af de eksempler, som de giver omkring det konkrete kliniske arbejde, at det ubevidste materiale, som de rent faktisk fremdrager, stadig fremstår som relativt tæt på bevidstheden – for eksempel påpeger de overfor en gruppe af enlige mødre, at disse, selvom de på det bevidste plan

afviser dette, alle rummer et savn efter en mand. Der er heller ikke hos Goldberg et al. eksempler på tolkninger, der stiler mod at aktivere mere arkaisk, endsige psykosenært materiale.

Et væsentligt aspekt af spørgsmålet om behandlingens realitetsorientering er naturligvis også klientgruppens beskaffenhed. Både Klein (30, s.321ff) og MacKenzie (6, s.426ff) lægger vægt på, at terapeuternes stil og fokus nødvendigvis må variere fra grupper bestående af lettere, relativt jeg-stærke, neurotiske klienter med høj motivation til grupper bestående af dårligere fungerende, mere personlighedsforstyrrede klienter. Klein er åben overfor tanken om, at man i nogen grad i forhold til de mere velfungerende klienter kan arbejde overvejende indsigtsorienteret med øget brug af tolkninger, mens han lægger vægt på, at man overfor de mere skrøbelige klienter indtager en mere støttende, ikke-tolkende stil. MacKenzie skelner som nævnt ovenfor mellem fire typer af grupper henvendt til forskellige klienttyper. Han mener, at terapeuten i den type grupper, som han betegner som interpersonelle-eksplorerende, typisk vil være mindre aktiv og overvejende vil intervenere gennem tolkninger, der ofte vil være angstprovokerende.

Her-og-nu fokus

Med hensyn til spørgsmålet om relevansen af tolkninger af begivenheder udenfor gruppen, evt. problemstillinger hidrørende fra deltagernes barndom, synes den mest udbredte holdning i litteraturen om korttidsgrupper at være, at terapeuterne fortrinsvis bør have gruppens her-og-nu som fokus for deres opmærksomhed. Dette formuleres mange steder i litteraturen, for eksempel skriver Budman et al. om deres grupper for yngre voksne, at:

»Working in the here-and-now with young adults can keep them dealing with one another in a more emotional and intimate manner rather than slipping into a more distant and overintellectual interaction« (26, s.67).

Samtidig mener Budman et al. dog, at »der-og-da«-materiale godt kan indrages, forudsat at sådant materiale vækker et umiddelbart følelsesmæssigt engagement hos deltagerne i gruppen.

Også hos mange andre forfattere finder man vægten på et her-og-nu-fokus som et definerende karakteristikum ved korttidsgruppeterapi (16, s.274; 15, 1990, s.363; 24, s.344ff; 30, s.311). Et ganske tankevækkende fund fra et forskningsprojekt af Budman et al. (43) bidrager dog til at rejse tvivl om, hvorvidt det altid er heldigt at insistere på et her-og-nu-fokus helt fra starten af terapien. Budman og hans medarbejdere undersøgte sammenhængen mellem gruppesamhørighed og præsentationen af temaer, der henholdsvis vedrørte deltagerens liv *udenfor* gruppen og oplevelserne *i* gruppen med de øvrige deltagere og terapeuten. De fandt, at igennem de indledende gruppemøder var det deltagerens beretninger om forhold *udenfor*, der var korreleret med høj grad af samhørighed i gruppen, mens det i de afsluttende gruppemøder var diskussion af relationerne *i* gruppen, der hang sammen med høj gruppesamhørighed. Dette kunne ses som udtryk for, at deltagerne har vanskeligt ved at forholde sig til et interpersonelt fokus *før*, at der er etableret et vist mål af samhørighed i gruppen, og Budman-gruppen foreslår rent faktisk, at terapeuten nok bør være tilbageholdende med at opfordre gruppen til at undersøge de indbyrdes relationer i de tidlige sessioner (14, s.332).

Fokus på de interpersonelle relationer

Generelt for de fleste tilgange til korttidsgruppeterapi er, at vægten lægges på arbejdet med de interpersonelle relationer – nogle formulerer det endda sådan, at man i denne form for terapi fokuserer mere på interpersonelle end intrapersonelle anliggender (44). Konkret er der dog nok nogen forskel på, hvordan terapeuderne konkret arbejder med disse interpersonelle relationer. En spidsformulering af den interpersonelle position finder man hos Yalom & Yalom (15), som skriver:

»Initially, the therapist must, in a very active manner, help the group members interact directly with each other and share their observations and feelings about one another. (...) from this very first meeting, the astute therapist will look for every opportunity to direct the interactions toward the here-and-now. For example, if a patient states that she invariably compares herself with other women and usually concludes that she finds herself lacking in many areas, the therapist might intervene at this point asking, »Of the women in this group, in which ways have you already judged them to be superior to you?« « (s.364),

og videre:

»In an open-ended group it may be fruitful to explore the meaning of silences or the group's fantasies about the leaders; a time-limited group may not be able to afford such luxuries and must instead stay focused on the explicit patient goals. The therapist must urge the patients simply to take risks and try out new behaviors in the group, rather than a more lengthy analysis of their fear of these behaviors« (s.367).

Som nævnt ovenfor lægger Yalom vægt på, at de mål, som den enkelte klient har for terapien, er formuleret i interpersonelle termer, således at man fremfor at arbejde med erindringer om det, der gik galt i fortiden, undersøger, hvilke aspekter – indenfor områder relateret til det oprindelige problem – af ens adfærd i nutiden, der indebærer problemer for én i gruppens her-og-nu. En patient med spiseforstyrrelser ville således i gruppen for eksempel kunne arbejde med skamfølelser, vanskeligheder ved at udtrykke følelser eller lignende, snarere end med *årsagerne* til spiseforstyrrelserne eller med at begrænse selve symptomerne.

Selvom der er bred enighed om, at det er de interpersonelle relationer, der er det primære medium i korttidsgrupper, vil mange terapeuter nok give noget mere plads for arbejde med fortiden og med enkelte klienters beretninger om

erfaringer udenfor gruppen. Det er også værd at erindre om Budman et al's bemærkninger om, at et for ensidigt fokus på de interpersonelle relationer i gruppens startfase tilsyneladende kan forstyrre udviklingen af gruppesamhørighed. Formodentlig kræver det en vis konduite at finde en balance mellem opretholdelsen af det interpersonelle fokus og en samtidig anerkendelse af det uvante for deltagerne ved så direkte at forholde sig til andre mennesker, som de endnu ikke har opbygget et forhold til.

Et særligt aspekt af det terapeutiske arbejde, der har relation til begge de to senest behandlede temaer (vægten på et her-og-nu perspektiv og arbejdet med de interpersonelle relationer i gruppen), er behandlingen af overføringen. I stort set alle tekster om arbejdet med korttidsgruppeterapi indgår en omtale af arbejdet med overføring, selvom der naturligt nok er nuanceforskelle i, hvordan dette arbejde forstås og vægtes. Budman et al. skriver direkte, at:

»Transference work, while central to some short-term approaches, is generally de-emphasized as this is frequently regressive and counter progressive« (14, s.334).

Yalom (16, s.44f) angiver dog, at han mener arbejde med overføringen er vigtigt, men han har ikke desto mindre tydelige vanskeligheder ved at finde en plads til overføringstolkninger i det terapeutiske arbejde. Dette skyldes nok i vid udstrækning, at han betjener sig af en meget snæver definition af overføring, som kun omfatter overføringer i forhold til *terapeuten*, mens overføringer på andre gruppemedlemmer af en eller anden årsag ikke forstås som sådanne.

Mange andre forfattere giver overføringstolkninger en mere fremtrædende plads i deres forståelse af korttidsgruppeterapi, for eksempel synes Poey (24, s.343f) i vid udstrækning at basere sin tilgang på overføringstolkninger, omend han dog anbefaler, at man bestræber sig på at bevare overføringerne

i forhold til terapeuterne så positive som muligt (ibid., s.347). En mere radikal insisteren på betydningen af overføringstolkninger finder man hos McCallum & Piper og deres kolleger (18; 45), som klart forfægter betydningen af at arbejde med overføringerne, ikke mindst fordi overføringstolkninger ifølge dem gør det muligt at afhjælpe de problemer i relationen, som måtte opstå som følge af den relativt tilbageholdende terapeutstil, som anbefales af McCallum & Piper. I denne sammenhæng bør det dog bemærkes, at den samme forskergruppe i studier af individuel terapi har fundet, at en for hyppig brug af overføringstolkninger kan være direkte *skadelig* for alliancen mellem klient og terapeut. Endvidere tyder forskergruppens studier på, at mens klienter med relativt velfungerende objektrelationer synes at profitere særligt af *præcise* overføringstolkninger, så er sammenhængen tilsyneladende den modsatte for klienter med problematiske objektrelationer, idet denne gruppe rent faktisk synes at få det dårligere, desto mere præcise overføringstolkningerne vurderes at være (46; 47).

Tidsperspektivet i korttidsgrupper

Et sidste aspekt af terapeuternes opgave er at fastholde klienterne på, at de har en afmålt tid i gruppen og skal skilles igen, som oftest på et på forhånd fastsat tidspunkt. Dette kan for eksempel gøres ved, at terapeuten regelmæssigt gør klienterne opmærksom på, hvor mange sessioner, der er igen, og eventuelt opfordrer klienterne til at gøre status over det hidtidige forløb. Mange regner dette for en vigtig del af det terapeutiske arbejde – af flere grunde. For det første kan tidsrammen bidrage til at øge gruppens effektivitet, fordi deltagerne ved, at de er nødt til at vove noget, hvis de skal nå at få et udbytte af deltagelsen i gruppen – og fordi terapeuterne også arbejder mere målrettet (16, s.274f). I denne sammenhæng betyder det, at alle deltagerne starter samtidigt, givetvis meget, fordi dette bidrager til en øget følelse af samhørighed, hvilket igen gør det lettere for deltagerne at påbegynde det egentlige terapeutiske arbejde (24, s.339).

Men herudover betyder tidsrammen og den altid nærværende afslutning af gruppen også en aktivering af eksistentielle problemstillinger såsom erkendelsen af, at alt har en afslutning, og bevidstheden om, at man er nødt til at tage ansvaret for sit eget liv, hvis der skal ske ændringer (16, s.275). MacKenzie (25, s.53f) beskriver detaljeret gruppereaktioner og -temaer, der kan optræde i afslutningsfasen af en korttidsgruppeterapi. Han redegør for, hvordan der ofte i forbindelse med afslutningen vækkes følelser af at være blevet depriveret og forkastet – følelser, der ofte har dybe rødder til oplevelser af savn i forhold til forældrene. Sådanne følelser vil ofte være forbundet med fundamentale brister i selvværdet, og MacKenzie angiver, at han har gode erfaringer med at give plads for disse følelser i de afsluttende sessioner i korttidsgrupper, fordi det åbner mulighed for at hjælpe klienter til at opnå en større tro på deres evne til *selv* at tage hånd om deres problemer – også når de ikke længere har gruppen til at hjælpe sig.

For at udnytte sådanne positive betydninger af tidsrammen er det nødvendigt, at terapeuten eksplicit og konkret henleder gruppens opmærksomhed på denne tidsramme og de mulige betydninger, denne måtte have for deltagerne. For eksempel anbefales det ofte (15, s.366f; 25, s.50f), at terapeuten i hvert fald fra det tidspunkt, hvor gruppen har haft halvdelen af det samlede antal sessioner, regelmæssigt gør gruppen opmærksom på, hvor mange sessioner der er tilbage. Det foreslås endvidere, at terapeuten midt i gruppens forløb – i forbindelse med markeringen af dette overfor gruppen – opfordrer deltagerne til at evaluere, hvor langt de er kommet i forhold til deres oprindelige mål, og om der er noget, de ønsker at ændre med hensyn til måden, hvor på de bruger gruppen.

Forskning i terapeutens rolle i gruppeterapi

Der findes et ganske stort antal empiriske undersøgelser, der på en eller anden måde belyser aspekter omkring terapeutens rolle i gruppeterapi. Den måske stadig mest omfattende undersøgelse af gruppeterapi, Lieberman,

Yalom & Miles' undersøgelse af encountergrupper (34), indeholder også et meget væsentligt materiale omkring deltagerens oplevelse af terapeuterne, som synes særdeles relevant for de ovenfor refererede principper for gruppeledelse. Lieberman et al. rekrutterede 210 universitetsstuderende til deltagelse i 18 grupper ledet af terapeuter fra en række forskellige retninger spændende fra psykoanalytisk gruppeterapi til tidstypiske encountergrupper med konfronterende teknikker. Grupperne mødtes i alt 30 timer over en 12-uges periode og deltagerne blev undersøgt på en lang række forskellige områder såsom selvværdsfølelse, forsvarsmekanismer og interpersonelle holdninger. Der blev dog ikke foretaget undersøgelser af egentlige psykiske symptomer, da gruppedeltagerne ikke i udgangspunktet havde søgt hjælp for psykologiske vanskeligheder.

De samlede resultater fra grupperne tydede på, at der blandt gruppedeltagerne var signifikant flere, der udviklede sig i positiv retning sammenlignet med en kontrolgruppe. Til gengæld var der også en ganske stor gruppe på 8% af deltagerne, der fik betragtelige psykiske problemer *som følge af gruppedeltagelsen*. Det interessante i denne sammenhæng er imidlertid, at det ikke var muligt for Lieberman et al. at bestemme, hvilken form for terapi, der i sig selv var mest gavnlige eller mest skadelige. De fandt – helt på linje med fund fra en række andre undersøgelser – at terapeuternes faktiske adfærd kun i begrænset omfang kunne forudsiges ud fra den terapiform, de angav at praktisere. Samtidig var der meget, der tydede på, at succes eller fiasko rent faktisk var forbundet med lederstilen i grupperne, idet det for visse grupper gjaldt, at stort set alle deltagere gjorde fremskridt, mens næsten alle deltagerne i andre grupper var uforandrede eller havde fået det dårligere.

Lieberman et al. foretog derfor en faktoranalyse af en lang række data vedrørende terapeuternes adfærd på tværs af grupperne, der resulterede i identificeringen af fire grundlæggende lederfunktioner, nemlig *følelsesmæssig stimulering, omsorg, betydningstilskrivning* og *styring* (executive function). De fandt en markant sammenhæng mellem disse funktioner og udbyttet af grupperne. Omsorg og betydningstilskrivning havde en lineær sammenhæng med udbyttet, således at jo mere varme og omsorgsfulde terapeuterne var, og jo

mere de formåede gøre deltageres oplevelser meningsfulde for disse, jo mere profiterede deltagerne af gruppedeltagelsen. Lieberman et al. fandt dog, at det var en forudsætning for et godt resultat, at omsorg og betydningstilskrivning optrådte *samtidigt* – hvis kun én af disse faktorer var tilstede hjalp det ikke meget.

Til sammenligning hermed var sammenhængen mellem henholdsvis følelsesmæssig stimulering og styring og så udbyttet *kurvelineær*, det vil altså sige, at idealet var at finde den gyldne middelvej mellem for meget og for lidt stimulering og/eller styring fra lederens side. Med andre ord syntes det i det mindste i de undersøgte grupper at være væsentligt, at terapeuterne formåede på en gang at fremtræde med menneskelig varme og genuin interesse for gruppedeltagerne *samtidig med*, at de kunne hjælpe deltagerne til at sætte ord på deres problemer og på de erfaringer de gjorde sig med relationer i og udenfor gruppen. Det var endvidere nødvendigt, at terapeuterne påtog sig et vist mål af ansvar for at varetage en styring af gruppens rammer og arbejds-måde og også kunne stimulere gruppen gennem en aktiv, til tider konfronterende stil – men for begge disse to aspekter gælder det altså, at en overdreven grad af styring og/eller følelsesmæssig stimulering har en negativ indvirkning på deltageres udbytte.

Selvom Lieberman et al.'s resultater ikke stammer fra egentlige patientgrupper, stemmer de, som det kan ses, ganske godt overens med de hovedprincipper, der synes at være relativt høj grad af konsensus om i litteraturen om dynamiske korttidsgrupper. Som jeg har skitseret disse gælder det, at terapeutrollen – ikke mindst indenfor den interpersonelle tradition – konciperes som mere aktivt styrende, mere konfronterende, men samtidig også mere transparent, medlevende og omsorgsfuld end i traditionel psykoanalytisk terapi. Samtidig indgår klarifikation og tolkning af betydningen af klienternes følelser og adfærd som et centralt aspekt af den psykoanalytiske tradition. Alt i alt ligger dette altså i hovedtræk i udmærket forlængelse af encounter-gruppeundersøgelsen.

Den forskning omkring terapeutens rolle, der er foretaget efter Lieberman et al.'s undersøgelse, er resumeret af Dies (48). Dies fokuserer især på betydningen af *strukturering* af gruppeterapien. Han har resumeret 51 undersøgelser, hvor man har sammenlignet mindst to gruppetilbud, der havde forskellig strukturingsgrad. Dies fandt, at det helt overordnet ser ud til, at strukturerede terapitilbud er de ustrukturerede overlegne, og at dette mere specifikt ofte betyder, at sammenligninger mellem forskellige kognitivt-adfærdsterapeutisk orienterede behandlingstilbud og psykodynamiske eller støttende terapiformer altovervejende falder ud til fordel for de kognitivt-adfærdsterapeutiske tilbud. Derimod finder Dies, at de interpersonelle terapiformer, altså de, hvor der mere aktivt fokuseres på relationerne mellem deltagerne, har et udbytte, der ikke kan skelnes fra de kognitivt-adfærdsterapeutiske. Selvom antallet af undersøgelser, der støtter denne konklusion er så lille, at den kun kan ses som meget tentativ, mener Dies dog, at disse fund alt i alt understøtter den konklusion, at strukturerede gruppetilbud alt andet lige er bedre ikke- eller lavt strukturerede terapiformer.

Selvom en sådan konklusion for så vidt udmærket kan være korrekt, må den dog nuanceres markant for at være klinisk meningsfuld. For det første strider Dies' konklusion direkte med den konklusion, som drages af Fuhriman & Burlingame (19, s.16f) i deres review over effektundersøgelser af gruppetherapi. Som nævnt ovenfor har Fuhriman & Burlingame gennemgået en række meta-analyser, der sammenligner effekten af individuel og gruppetherapi. Flertallet af disse undersøgelser vidner som nævnt om, at der ikke kan findes væsentlige forskelle mellem effekten af disse to terapimodaliteter. Der er dog to meta-analyser, der konkluderer, at individuel terapi er gruppetherapi overlegen, og at gruppetherapi ikke er signifikant mere effektiv end placebo-behandling.

Fuhriman og Burlingame har imidlertid nærlæst alle de undersøgelser, der indgår i de to meta-analyser, der taler til gruppetherapiens ulemper. De fandt, at i flertallet af de undersøgelser, hvor gruppetherapien klarede sig dårligt i konkurrence med individuel terapi, var der tale om gruppetherapi, som ikke søgte at udnytte de særlige gruppespecifikke virkningsmekanismer og som ikke ind-

drog gruppens dynamik og de interpersonelle relationer som et centralt led i den terapeutiske tilgang. De konkluderer følgende:

»When group is used as *the* format to capitalize on unique therapeutic factors operative in a group environment, it is associated with larger effects than when it is considered as a format to deliver a *singular, specific* type of treatment (e.g., cognitive-behavioral)« (19, s.16f).

En anden nuancering af Dies' konklusion om, at strukturerede grupper er overlegne i forhold til mindre strukturerede kan findes i MacKenzies review-artikel vedrørende udviklingsfaser i gruppeforløb. MacKenzie redegør (49, s. 243) for forskellige undersøgelser, som peger i retning af, at tidlig strukturering nok fører til mere konstruktiv, problemorienteret adfærd hos deltagerne i begyndelsen af gruppens forløb, men samtidig tilsyneladende kan betyde en lavere grad af gruppesamhørighed (formodentlig fordi deltagerne er mere orienterede mod lederne af grupperne end mod de øvrige gruppemedlemmer). MacKenzie angiver selv, at han alt i alt finder det bedst underbygget, at en relativt høj grad af strukturering i starten af gruppens liv er en fordel, men han mener ikke, at spørgsmålet er tilstrækkeligt velbelyst endnu. En mulig forståelse af de til tider inkongruente undersøgelser kunne være, at det i en gruppe, der er sammensat på en særligt hensigtsmæssig måde, kan det tolereres, at der er en lav struktureringsgrad, fordi deltagerne er i stand til at tilvejebringe den fundamentale tillid uden forekomsten af en påtvunget strukturering. Dette kunne i nogen grad være konsistent med Waltman & Zimpfers konklusion på deres review over sammenhængen mellem gruppestruktur og sammensætningen af deltagere (50). Waltman & Zimpfer fandt nemlig, at i højtstrukturerede korttidsgrupper havde sammensætningen af deltagere kun en relativ ringe betydning for udbyttet af terapien, mens sammensætningen spiller en langt større rolle i længerevarende, mere ustrukturerede grupper.

Rent faktisk er Dies' egne udlægning af, *hvordan* den fornødne strukturering af gruppeterapien skal forstås også væsentligt mindre bombastisk, end kon-

klusionen om de strukturerede tilbuds overlegenhed måske kunne forlede én til at tro. For det første redegør Dies (48, s.128) for, at flere undersøgelser tyder på, at strukturering og en klar målorientering er vigtigst i de indledende gruppesessioner – blandt andet fordi en for lav grad af strukturering kan øge risikoen for drop-out fra grupperne. Derimod kan det være formålstjenligt at lade graden af strukturering og terapeuternes aktivitet dale, efterhånden som klienterne selv formår at tage en større grad af ansvar for den terapeutiske proces. Og generelt synes en høj grad af strukturering at være vigtigst for patienter fra de tungere diagnosegrupper – måske med undtagelse af depressive patienter, som interessant nok synes at profitere mere af oplevelsesorienterede grupper, hvor genkendelsen og den interpersonelle accept og støtte måske får en mere central rolle i terapien.

For det andet fremhæver Dies, at den måske allervigtigste form for strukturering af gruppens arbejde består i at bidrage til at gøre gruppeprocessen til en *meningsfuld* oplevelse for de implicerede. Mange undersøgelser (48, s.133ff) tyder klart på, at gode tolkninger og en løbende klarificering af gruppeprocessen er af afgørende betydning for såvel et godt gruppeklima og et godt udbytte af grupperne. Omvendt mener Dies, at Lieberman et al's konklusion om, at såvel for passive som alt for strukturerende og grænsesættende terapeuter generelt vil opnå dårligere resultater, er blevet underbygget yderligere gennem senere empiriske studier.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvordan og med hvilket fokus terapeuten skal intervenere, henviser Dies til forskellige undersøgelser, der tyder på, at klienter foretrækker relativt enkle interventioner såsom direkte feedback eller rådgivning fremfor mere abstrakte analyser eller tolkninger, der stiler mod at bidrage med årsagsforklaringer, der tager udgangspunkt i klienternes barndom. Herudover henviser han til en undersøgelse af Flowers & Booraem (51), der har fundet, at tolkninger, der er rettet mod klientens relationer til omgivelserne eller klientens adfærdsmønstre, overordnet afføder en større forandring hos klienten end tolkninger, der vedrører motiverne for klientens handlinger eller handlingernes historiske årsager. Denne konklusion, mener Dies, er konsistent med mange andre fund, der mere overordnet tyder på, at tolk-

ninger, der forbinder interaktioner i gruppens her-og-nu med klientens liv uden for gruppen, har den største effekt. Med andre ord er der en ganske solid empirisk støtte til antagelsen om, at terapeuten bør fokusere på de interpersonelle relationer i gruppens her-og-nu.

Selvom Dies angiver, at terapeutens strukturering af gruppen er vigtig, betyder dette ikke, at han anser terapeutens input til gruppen som den mest afgørende faktor for deltagernes udbytte. Tværtimod fremhæver han, at de fleste klienter angiver faktorer, der er relaterede til interaktionen med de øvrige deltagere, som de mest betydningsfulde for dem². Samtidig fastholder han dog, at terapeutens attitude og funktion spiller en afgørende rolle for etableringen af det *klima* i gruppen, som er nødvendigt, for at de gruppespecifikke faktorer kan blive aktive. Mange undersøgelser viser, at der er en klar sammenhæng mellem en positiv oplevelse af terapeuten som en engageret og omsorgsfuld person og terapeutiske faktorer såsom gruppesammenhørighed, interpersonelt feedback og åbenhed om personlige temaer. Endvidere mener Dies altså – uden at have det samme solide empiriske belæg herfor – at også terapeuten evne til at etablere en klar struktur i gruppen, har en afgørende betydning for udviklingen af positivt og produktivt gruppeklima. Derimod viser undersøgelser af betydningen af, at terapeuten er åben omkring personlige følelser, at selvom der ikke findes tegn på, at moderat åbenhed er skadelig, er det heller ikke let at finde markante positive effekter af denne faktor.

Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at Dies stiller spørgsmålstegn ved, hvor sikkert det egentlig er, at det er faktorer relateret til interaktionen med de øvrige deltagere, der spiller den altovervejende rolle for klienterne. Han påpeger (48, s.137), at de fleste undersøgelser af virksomme aspekter af gruppedeltagelsen bruger Yaloms spørgeskema om terapeutiske faktorer. Dette skema rummer imidlertid kun uhyre få spørgsmål, der vedrører terapeuten bidrag til terapien, hvorfor det kan være vanskeligt at vide, om det, at klienterne tilsyneladende tillægger relationerne til de øvrige deltagere større betydning i virkeligheden skyldes, at spørgsmål vedrørende terapeuten er

stærkt underrepræsenteret i Yaloms skema. Et andet forhold, der er af interesse i denne sammenhæng, er Dies' fund af, at det i overvejende grad er klienter, der har været *tilfredse* med terapien, der angiver relationerne til de andre klienter som mest hjælpsomme. Når klienterne oplever terapien som mislykket, giver de derimod terapeuterne ansvaret herfor – typisk fordi de enten har oplevet, at terapeuterne har forsømt at beskytte dem mod fjendtlige udfald fra andre klienter, eller fordi terapeuterne har domineret terapien på en negativ måde.

Alt i alt kunne disse undersøgelsesresultater tyde på, at terapeuterne naturligvis spiller en central rolle i terapien gennem deres evne til at formidle varme og omsorgsfuldhed side om side med en forståelse af de følelser, klienten kommer i kontakt med i gruppens her-og-nu. For at træde i karakter overfor klienterne synes et vist mål af aktivitet at være indikeret, ligesom det er påkrævet, at terapeuterne formår at påtage sig rollen som beskytter af gruppens grænser og af de aftaler, der er indgået om gruppens funktion. Imidlertid er alle disse egenskaber hos terapeuterne måske primært af betydning som faciliterende forudsætninger for klienternes fordybelse i de interpersonelle relationer til de andre gruppemedlemmer og i den løbende bearbejdning af disse relationer.

Konklusion

Det synes rimeligt at konkludere, at der findes en relativt veletableret tradition for korttidsgruppeterapi med udgangspunkt i en psykoanalytisk terapeutisk tænkning. Som påpeget i første del af denne artikel er der tale om en tradition karakteriseret ved, at det interpersonelle samspil i gruppen og de indsigter, der kan afledes af dette, ses som den centrale dynamiske faktor i den terapeutiske proces. Som en direkte følge af dette synspunkt undlader terapeuterne i denne type grupper at påtvinge gruppen en for høj grad af forudbestemt struktur og afholder sig således for eksempel fra at indføre talerlister,

runder etc. Det er først og fremmest disse centrale fællestræk, som adskiller den psykodynamiske gruppeterapi fra øvrige tilgange, der typisk i højere grad er baseret på individuel terapi i gruppen.

Ser man bort fra disse karakteristika, bliver det imidlertid tydeligt, at der også er en række forskelle mellem klinikere og teoretikere indenfor denne tradition. Skillelinjen går først og fremmest mellem de forfattere, der tager udgangspunkt i den interpersonelle psykologi, og de, der arbejder ud fra mere traditionelle psykoanalytiske tekniske principper. Som også anført i den foregående artikel fokuserer man indenfor den interpersonelle forståelse af gruppeterapi i overvejende grad på de konkrete oplevelser, forestillinger og følelser, der udspiller sig imellem de enkelte deltagere i gruppens her-og-nu. Omvendt lægges der hos mere psykoanalytisk orienterede forfattere alt andet lige mere vægt på tolkning af overføring og også i nogen grad på sammenkædningen af fortid og nutid. Endvidere synes de interpersonelt orienterede klinikere i højere grad at acceptere en vis grad af personlig åbenhed og gennemsigtighed hos terapeuten, mens flere psykoanalytisk orienterede forfattere i højere grad fastholder, at det er ønskværdigt, at terapeuten fastholder en analytisk attitude præget af neutralitet og abstinens. Det må dog bemærkes, at der næppe er tale om skarpe skel mellem de to traditioner, men om gradforskelle, der varierer fra teoretiker til teoretiker.

Den empiriske forskning i korttidsgruppeterapi tyder på, at korttidsgrupper – også de interpersonelt-psykoanalytisk orienterede – generelt må ses som en effektiv terapiform med et udbytte for klienterne, der klart overstiger ændringen hos ubehandlede personer. Det er dog stadig uklart, om udbyttet for klienter i korttidsgrupper er af samme størrelsesorden som udbyttet for klienter i længerevarende gruppe- eller individuel terapi.

Der findes næppe empirisk grundlag for en afklaring af de ovennævnte holdningsforskelle mellem interpersonelle og psykoanalytisk orienterede gruppeterapeuter. Der er dog undersøgelser, der kan tages til indtægt for det synspunkt, at et vist mål af aktivitet og synlighed fra terapeutens side er nød-

vendigt, både på den måde, at terapeuten aktivt tager et medansvar for at hjælpe klienterne med at gøre deres oplevelser meningsfulde, og derved, at terapeuterne beskytter gruppens grænser og sikrer overholdelsen de aftaler, der er indgået om gruppens funktion. Det synes med andre ord rimeligt at antage, at det i korttidsgrupper er nødvendigt, at terapeuten indtager en noget mere fremskudt position end i længerevarende grupper, således at det undgås, at hele gruppeforløbet er domineret af klienternes undren over terapeuten's kryptiske attitude. Derimod kan spørgsmålet om, hvorvidt terapeuten's fokus primært bør ligge på en afklaring af her-og-nu relationerne i gruppen eller på en genetisk tolkning af overføringsaspekter af disse relationer, næppe besvares fyldestgørende. Det afgørende er i sagens natur, om terapeuten's interventioner opleves som meningsfulde af klienterne, og dette må i høj grad afhænge af den enkelte gruppes og enkelte klients særlige forhold. Det synes derfor for mig at se at være en unødigt begrænsning af terapeuten, hvis denne på forhånd udelukker sig fra at intervenere i forhold til nogle af disse områder.

Spørgsmålet om, hvad der er virksomt i gruppeterapi, kan imidlertid ikke reduceres til at dreje sig om terapeuternes interventioner. Samspillet i gruppen som helhed har en helende virkning, og der er blevet gjort mange forsøg på at præcisere, hvilke aspekter af dette samspil, der i særlig grad er fremmende for deltagernes udviklingsproces. Jeg vil i to senere artikler vende tilbage til denne problemstilling og præsentere overvejelser omkring de såkaldte *terapeutiske faktorer* i gruppeterapi.

Noter

1. Jvf. Freuds anbefalinger af, at analytikere tager kirurgen som forbillede og søger at skubbe sine affekter og sin medlidenhed til side (42, s. 175).
2. Jvf. de efterfølgende artikler om de terapeutiske faktorer i gruppeterapi.

Abstract

Group-analytic and interpersonal short-term groups

–Theory and research. 2. The role of the therapist in the group

The theme of this article is the role of the therapist in short-term interpersonal / psychoanalytic group psychotherapy. In the technical literature there seem to be a general agreement that the therapist in short-term groups must assume a somewhat more active position than in groups of longer duration. However, many writers believe that the degree of activity must be determined by the developmental phase of the group process. Central technical principles for short-term group psychotherapy are presented, including the recommendation to keep interventions on a more reality oriented level, often focusing on the here-and-now of interpersonal relations within the group. Finally the special importance of the time frame for the therapeutic process is discussed. Throughout the article differences and similarities between interpersonally based approaches and models inspired by classical psychoanalytic technique are described.

Litteratur

1. Yalom, I.D. (1983): *Inpatient group psychotherapy* (New York: Basic Books)
2. Rice, C.A. & Rutan, J.S. (1987): *Gruppeterapi på psykiatrisk afdeling* (København: Munksgaard 1991)
3. Lajer, M. & Valbak, K. (1999): *Gruppenanalytisk Psykoterapi med Skizofrene: Manual for den gruppeanalytiske behandling af skizofrene i gruppe ydet som intervention i forbindelse med Det Nationale Skizofreniprojekt* (Risskov: Det Nationale Skizofreniprojekt)
4. Bednar, R.L. & Kaul, T. (1994): *Experiential Group Research*. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (New York: John Wiley & Sons)
5. Burlingame, G.M., Kircher, J.C. & Taylor, S. (1994): *Methodological Considerations in Group Psychotherapy Research: Past, Present, and Future Practices*. In: A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)

6. MacKenzie, K.R. (1993): Time-Limited Group Theory and Technique. In: A. Alonso & H. Swiller (Eds.): *Group Therapy in Clinical Practice* (Washington, DC: American Psychiatric Press)
7. Foulkes, S.H. (1964): *Therapeutic Group Analysis* (New York: International Universities Press 1977)
8. Foulkes, S. H. (1975): *Group-analytic psychotherapy: Method and principles* (London: Karnac 1986)
9. Foulkes, S.H. (1948): *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups* (London: William Heinemann)
10. Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1965) [1957]: *Group Psychotherapy: The Psychoanalytical Approach (2. Edition)* (London: Maresfield Reprints 1984)
11. Fredtoft, T., Poulsen, S., Bauer, M. & Malm, M. (1996): Dependency and perfectionism: short-term dynamic group psychotherapy for university students. *Psychodynamic Counselling*, 2(4), 476-497
12. Piper, W.E., McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1992): *Adaption to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy* (New York: Guilford)
13. MacKenzie, K.R. (1997): *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications* (Washington, DC: American Psychiatric Press)
14. Budman, S.H., Simeone, P.G., Reilly, R. & Demby, A. (1994): Progress in Short-Term and Time-Limited Group Psychotherapy: Evidence and Implications. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
15. Yalom, V.J. & Yalom, I. (1990): Brief Interactive Group Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 20(7), 362-367
16. Yalom, I.D. (1995): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4. Ed.)* (New York: Basic Books)
17. Goldberg, D.A., Schuyler, W.R., Bransfield, D & Savino, P. (1983): Focal Group Psychotherapy: A Dynamic Approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(4), 413-431
18. McCallum, M. & Piper, W.E. (1988): Psychoanalytically oriented short-term groups for outpatients: Unsettled issues. *Group*, 21(1), 21-32
19. Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (1994): Group Psychotherapy: Research and Practice. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)

20. Piper, W.E. & Joyce, A.S. (1996): A Consideration of Factors Influencing the Utilization of Time-Limited, Short-Term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(3), 311-328
21. Piper, W.E., Debhane, E.G., Bienvenu, J.P. & Garant, J. (1984): A comparative outcome study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 268-279.
22. Budman, S.H., Demby, A., Redondo, J., Hannan, M., Feldstein, M., Ring, J. & Springer, T. (1988): Comparative outcome of time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 63-86
23. Koss, M.P. & Shiang, J. (1994): Research on Brief Psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (New York: John Wiley & Sons)
24. Poey, K. (1985): Guidelines for the Practice of Brief, Dynamic Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 331-354
25. MacKenzie, K.R. (1996): Time-Limited Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(1), 41-60
26. Budman, S.H., Bennett, M.J. & Wisneski, M.J. (1980): Short-Term Group Psychotherapy: An Adult Developmental Model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 63-76
27. MacKenzie, K.R. (1990): *Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy* (Washington, DC: American Psychiatric Press)
28. Fulkerson, C., Hawkins, D. & Alden, A. (1981): Psychotherapy Groups of Insufficient Size. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 73-81
29. Castore, G. (1962): Number of Verbal Interrelationships as a Determinant of Group Size. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 64, 456-457
30. Klein, R.H. (1985): Some Principles of Short-Term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 309-330
31. Piper, W.E. (1994): Client Variables. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
32. Meichenbaum, D.H., Gilmore, J.B. & Fedoravicius, A. (1971): Group insight versus group desensitization in training speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(3), 410-421
33. Abrahamowitz, S.I. & Abrahamowitz, C.V. (1974): Psychological-mindedness and

- benefit from insight-oriented group therapy. *Archives of General Psychiatry*, 30 (5), 610-615
34. Lieberman, M, Yalom, I. & Miles, M. (1973): *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books)
 35. Melnick, J. & Rose, G. (1979): Expectancy and Risk-Taking Propensity. *Small Group Behavior*, 10, 389-401
 36. Rosenberg, S.A. & Zimet, C.N. (1995): Brief Group Treatment and Managed Mental Health Care. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(3), 367-379
 37. Thygesen, B. (1994): »Forskellighed« som terapeutisk faktor i gruppeanalytisk psykologi. In: Aagard, S., Bechgaard, B. & Winther, G. (Eds.): *Gruppeanalytisk psykoterapi* (København: Hans Reitzel)
 38. Budman, S.H. & Gurman, A.S. (1988): *Theory and practice of brief therapy* (New York: Guilford Press)
 39. Poulsen, S. (1999). *Afprivatisering – Klienters oplevelse af psykodynamisk korttidsgruppeterapi* (Københavns Universitet: Ph.d.-afhandling)
 40. Kaul, T.J. & Bednar, R.L. (1994): Pretraining and Structure: Parallel Lines Yet to Meet. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
 41. Dies, R.R. (1985): Leadership in Short-Term Group Therapy: Manipulation or Facilitation?. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 435-455
 42. Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: *Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik* (Frankfurt a.M.: Fischer 1982)
 43. Budman, S.H., Soldz, S., Demby, A., Davis, M. & Merry, J. (1993): What is cohesiveness? An empirical examination. *Small Group Research*, 24, 199-216
 44. Klein, R. (1993): Short-Term Group Psychotherapy. In: H. Kaplan & B. Sadock (Eds.) (1993): *Comprehensive Group Psychotherapy* (Baltimore: Wilkins and Wilkins)
 45. McCallum, M., Piper, W.E., Azim, H.F.A. & Lakjoff, R.S. (1991): The Edmonton model of short-term group therapy for loss: An integration of theory, practice, and research. *Group*, 24, 375-388
 46. Piper, W.E., Azim, F.A., Joyce, A.S. & McCallum, M. (1991): Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953

47. Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1993): Concentration and Correspondence of Transference Interpretations in Short-Term Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 586-595
48. Dies, R.R. (1994): Therapist Variables in Group Psychotherapy Research. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
49. MacKenzie, K.R. (1994): Group Development. In: A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (New York: John Wiley & Sons)
50. Waltman, D.E. & Zimpfer, D.G. (1988): Composition, structure, and duration of treatment: Interacting variables in counseling groups. *Small Group Behavior*, 19, 171-184
51. Flowers, J.V. & Booraem, C.D. (1990): The frequency and effect on outcome of different types of interpretation in psychodynamic and cognitive-behavioral group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 203-214

»DE MÅSKE EGNEDE«

Problemer ved selektion til gruppeanalytisk psykoterapi

Matrix 2000/01;1, s. 53-86

Claus Haugaard Jacobsen

For at gruppeanalyse kan udgøre et godt behandlingstilbud, forudsættes en adækvat selektion. Efter en problematisering af begrebet om psykoterapeutisk egenhed, diskuteres metoder og principper i forbindelse hermed. Med afsæt litteraturen samt egne erfaringer gennemgås kriterier for eksklusion og inklusion til gruppeanalyse, ligesom årsager til drop out, gruppens komposition og forberedelse til gruppe inddrages. Artiklens centrale tese er, at et begreb om at være »passende« i vid udstrækning kan erstatte mere absolutte selektionskriterier.

Indledning

Gruppebehandling i dens vidt forskellige udformninger har efterhånden vundet stor udbredelse som behandlingstilbud. Og med god grund, for hvad enten man anlægger patientens, behandlerens eller administratorens perspektiv, taler meget for at vælge denne behandlingsmodalitet. Toseland & Siporin konkluderer på baggrund af en gennemgang af 32 komparative effektundersøgelser af individuel hhv. gruppeterapi, at sidstnævnte i de fleste tilfælde har ligeså god og i nogle tilfælde bedre effekt end individuel psykoterapi (omend forskellen er ganske lille), medens individuel psykoterapi i ingen af disse studier ses mere effektive end gruppeterapi (1)¹. Heraf følger, at der med gruppebehandling kan opnås en bedre cost-benefit rate end ved individuel psykoterapi, da flere patienter behandles med samme terapeutforbrug end ved individuel psykoterapi. Blandt mange psykoterapeuter ses der også et ønske om at arbejde med terapigrupper (der f.eks. tilbyder variation fra de individuelle terapier, mulighed for at arbejde sammen med kolleger, større distance og/eller mindre intense overføringsrelationer til den enkelte, etc. (jvf. også (2)).

Medens mange således betegner gruppeterapien som »the treatment of choice«, er dette naturligvis ikke universelt gyldigt, men afhænger bl.a. af gruppe- og patienttype, samt ikke mindst af, hvordan disse passer til hinanden, ligesom en lang række andre faktorer (herunder terapeut-variabler) også spiller ind. For at gruppeterapi kan være et godt, effektivt og økonomisk behandlingstilbud, er en omhyggelig selektion af patient og gruppetype påkrævet, hvor der alene visiteres patienter, som både har potentiale til at profitere af et sådant tilbud, og som møder op og deltager så længe i behandlingen, at de kan profitere deraf. Dette er et ofte komplekst og til tider vanskeligt forehavende. Netop selektion til gruppeterapi udgør nærværende artikels centrale problemstilling. Da jeg første gang stod overfor at skulle etablere en gruppe, spurgte jeg en daværende supervisor, som havde mange års erfaring som gruppeterapeut, om, hvilke patienter der var egnede. Han svarede kort: *»De, der har lyst til at være i gruppe«*. Jeg forlod lidt fortumlet supervisionen med en følelse af at gå med uforrettet sag. Siden har det slået mig, at svaret er, om end ikke udtømmende, så ganske godt. Det anføres for øvrigt både hos Yalom (3) og Rutan & Stone (4) som en ofte overset faktor. Men at korrekt selektion til gruppe er vanskelig, fremgår med al tydelighed af en række empiriske undersøgelser, der viser drop out rater med typiske værdier omkring 35-40 % og helt op til 57%, jvf. (3, 4, 5, 6, 7). Drop out defineres typisk som ophørt fremmøde inden 3-20 sessioner (3). Allerede inden første gruppemøde fandt Klein & Carroll et frafald på 41 % og Budman på 34%. Tilsvarende fandt Budman kun et frafaldet før opstart i individuel terapi på 6% (jvf. (4), p.83). Det flere gange større præmature frafald ved gruppeterapi ses ikke alene, når gruppeterapeuterne er uerfarne, men også med erfarne terapeuter (8). Et stort frafald får let uheldige konsekvenser for patient, gruppe, terapeut og institution. Den enkelte patient får ikke den tilsigtede behandling og kan videre risikere at blive bestyrket i sin demoraliserede tilstand (9). Gruppens arbejde og kultur forstyrres af for megen kommen og gåen, og drop out patienter kan ligefrem igangsætte en bølge af frafald (6). Terapeuten mister måske lysten til eller troen på gruppebehandling. Endelig anvender institutionen ikke sine ressourcer optimalt og risikerer at få et dårligt renommé.

Nedenfor belyses flere aspekter ved selektion til gruppeanalyse, hvor min gennemgående pointe er, at et begreb om at »være passende« i vid udstrækning kan erstatte en mere traditionel opfattelse af psykoterapeutisk egnethed, med dens opstilling af mere absolutte selektionskriterier, uden at værdien af sådanne helt forkastes. Jeg vil nærme mig problemet på følgende måde: Først gøres der nogle mere overordnede betragtninger om psykoterapeutisk egnethed, hvor der argumenteres for, at dette bedst ses som en funktion af ikke alene patient-variabler, men også gruppe- og terapeut-variabler. Dernæst fremsættes nogle kommentarer til de gængse metoder til vurdering af psykoterapeutisk egnethed (assessment) til gruppeterapi. Herefter tages spørgsmålet om, hvilke patienttyper der er egnede, hhv. uegnede, til gruppeterapi op. Dette indsnævres til at gælde for langtids, indsigtsgivende gruppeterapi, hvor eksklusions- og inklusionskriterier gennemgås, ligesom årsager til drop out anføres. Gruppens komposition og fase samt forberedelse til gruppeterapi berøres kort. Dette udgør netop eksempler på nogle af de ovennævnte gruppevariabler, der må medinddrages i selektionsprocessen. Sidst gives få eksempler på hensigtsmæssige ændringer i egen praksis. Nedenstående refleksioner gøres primært på baggrund af en litteraturgennemgang. Her inddrages både forskningsresultater fra området og nedskrevne kliniske erfaringer, for som flere bemærker, giver de kliniske erfaringer nogle retningslinier, som det endnu ikke har været muligt at indsamle via forskningen (jvf. (3), p. 228 (1), p.197 samt (10), p. 157). Undervejs inddrages også egne erfaringer fra 6 års tilknytning til et psykoterapeutisk afsnit, hvor gruppebehandling udgør et vigtigt behandlingstilbud.

Psykoterapeutisk egnethed

Når der tales om psykoterapeutisk egnethed, sker det ofte på en måde, der indikerer, at det er en absolut størrelse og en egenskab, der er patienten iboende. Opstilling af »objektive« kriterier for egnethed, udvikling af spørgeskemaer, test og skalaer samt interviewmetoder til bedømmelse af graden af

egnethed, er alle forhold, der underbygger dette synspunkt. Foruden at der her overses det måske banale faktum, at egnethed mere præcist må forstås som egnethed til et givent behandlingstilbud (svarende til, at der indenfor den medicinske verden ej heller findes effektive medikamenter, der gives til alle patienter), udelader synspunktet andre bestemmende faktorer, som de fleste anerkender og anvender i deres kliniske praksis; f.eks. at en given patient til nogle tider er mere motiveret end til andre (eller til tider bedre er i stand til at vedblive med at arbejde i en i øvrigt momentan frustrerende psykoterapi), at terapeutens person, kontakt og øvrige relatering til patienten er særdeles betydningsfuld (hvilket f.eks. ligger indlejret i mange terapeuters praksis med ved langvarigt dødvande at anbefale fortsat behandling hos en kollega), at konteksten eller den institutionelle ramme for behandlingen er betydningsfuld, etc. Alt sammen forhold der viser, at egnethed ikke blot er en patient-variabel, men at også terapeut, rammer og andre forhold må inddrages. Med andre ord er det for upræcist at tale om, at en patient er psykoterapeutisk egnet eller ej. Det er mere korrekt at sige, at netop denne patient lige nu (og forventeligt i nogen tid fremover) synes egnet til og interesseret i at arbejde med netop denne terapeut indenfor en given ramme og med et givent problem. Således bifalder mange terapeuter i praksis et lidt mere kontekstspecifikt (herunder terapeut-afhængigt) egnethedsbegreb, til trods for, at der hos patienter ses invariante egenskaber eller generelle træk, som går igen over tid, relation og kontekst.

I den senere tid er der bl.a. af repræsentanter for de såkaldte intersubjektivistiske fremsat det langt mere radikale synspunkt, at vi hele tiden på ny genskaber og bestemmer hinanden (jvf. f.eks. (11), der søger at vise, hvorledes den vanskelige patient i en gruppeterapi kan ses som gruppeterapeutens og de øvrige gruppemedlemmers fælles konstruktion). Her synes begrebet om psykoterapeutisk egnethed helt at blive opløst i en flydende relativisme, hvilket jeg, uden her at ville bruge plads på at tilbagevise dette synspunkt, finder er en for radikal position at indtage. Pointen med ovenstående er blot fra et mere overordnet perspektiv, at pege på de problemer, der er forbundet med

al vurdering af psykoterapeutisk egnethed, og som i særdeleshed gør sig gældende ved vurdering mhp gruppeterapi, hvor langt flere variabler qua gruppens kompleksitet gør sig gældende. Ikke blot skal patienten passe til en terapeut, men skal også kunne fungere sammen med en hel gruppe, der befinder sig i en given udviklingsfase, som har en egen kultur og atmosfære, og som kan være vanskelig for terapeuten at kontrollere og indrette efter alles behov, etc. Dette formodes at udgøre et væsentligt moment i forklaringen på de vanskeligheder, der ses med at præcisere og empirisk validere kriterier for egnethed til gruppeterapi (jvf. i øvrigt (1) samt (7)).

Opsummerende kan min tese udtrykkes på følgende måde: Hvad angår udvælgelse af patienter til gruppeterapi, kan et begreb om at være »passende« i nogen grad - og mere end ved individuel terapi - erstatte begrebet om psykoterapeutisk egnethed, uden at betydningen af patient-karakteristika dermed forkastes. »Passende« opfattes her som værende et flerdimensionalt begreb, med symptomatologi og karakterologi som centrale dimensioner i et kontekstspecifikt rum. Videre karakteriseres »det passende« ved at placere sig mellem det excessive og det underdrevne. Mens det velkendte dialektiske princip om, at udvikling og erkendelse sker gennem mødet af forskellige positioner, også gælder for gruppeanalysen, kan der her, hvis divergenserne bliver for store, slet ikke eller kun vanskeligt dannes en fornøden kultur og et fælles reflekterende rum, og i stedet vil defensive strategier, antiterapeutiske gruppeprocesser eller drop out fremmes. Denne tese søges i nedenstående gennemgang vist og konkretiseret.

Et bud på nogle overordnede kriterier for psykoterapeutisk egnethed til gruppeterapi kunne være, at patienten a) har en kapacitet til at opnå (varig) positiv effekt, b) evner at blive så længe i gruppen, at det er muligt at opnå denne effekt (herunder at udstå den vanskelige indkøringsperiode), c) ikke forårsager skade eller hindrer udviklingen for de øvrige gruppemedlemmer, og d) ikke kunne opnå bedre eller ligeså god (varig) effekt ved anden behandling med mindre ressourcetilførsel (dvs at en cost-benefit analyse ikke viser, at individuel terapi er at foretrække).

Metode til vurdering af gruppeterapeutisk egnethed

Et anerkendt princip indenfor den psykoanalytisk orienterede psykoterapis vurdering af psykoterapeutisk egnethed er, at assessment-interviewet (-ene) delvis udformes som en egentlig psykoterapeutisk session. Dette giver interviewerens mulighed for direkte at observere patienten og dennes funktion under sådanne betingelser. Således baseres viden om relevante egenskaber i forhold til vurderingen af patienten ikke alene på dennes egen fortælling, men også på de informationer der gives i samspillet med interviewerens, hvilket delvist kan eliminere den fejlkilde, der stammer fra patientens mangelfulde eller upræcise oplevelse af eller beretning om selv- og objektrelationer, etc. (12, 13).

Denne tilgang er overensstemmende med den økologiske psykologi, der i slutningen af '70'erne voksede frem, med dens interesse for og bevidsthed om kontekstens betydning (14). Med »økologi« menes undersøgelsesmetoder og designs, mv. (indenfor forskning såvel som klinisk testning), der foretages under naturalistiske omstændigheder, og som således står i opposition til det kliniske eksperiment. Fælles for ovenstående er nogle erfaringer, der viser, at observationer gjort i én kontekst, f.eks. et eksperimentelt design eller ved traditionel psykologisk undersøgelse, nogle gange dårligt kan generaliseres til andre områder. Sagt med andre ord peger dette på et mere kontekst- eller domæne-specifikt menneskesyn.

Vurdering af patienter til gruppeanalytisk behandling kan ses i dette perspektiv. Opgaven er her ikke blot at bedømme psykoterapeutisk egnethed i almindelighed, hvilket allerede er problematiseret, men netop at foretage denne vurdering i én kontekst, nemlig en dyadisk, og ud fra denne setting bestemme, hvorledes patienten vil kunne fungere i gruppesammenhæng. Da vurdering af gruppeegnethed netop typisk sker i dyadiske settings, ses her et brud på den ovenfor nævnte veletablerede praksis i assessment-interviews; nemlig at det bør udformes, således at det ligner den psykoterapeutiske situation

for bedre at kunne bestemme funktion og egnethed i netop denne særlige behandlingsform. Med andre ord tilstræbes her indenfor to-personers-psykologiens domæne at vurdere funktionsniveauet i gruppen, som hører til indenfor tre-personers psykologiens domæne. Ud fra dette synspunkt bør en valid visitation til gruppebehandling foretages i gruppesammenhæng. Dette synspunkt er overensstemmende med Bions (15) betragtninger over individet i gruppen, som fint opsummeres at Burgaard:

»Bion insisterer på, at gruppen er en enhed i sig selv, ikke blot mere end, men forskellig fra summen af dens enkelte deltagere. Bion betragtede individualpsykologien og gruppepsykologien som forskelligt indstillede synsmåder på det menneskelige subjekt, som med forskelligt fokus afslører en forskellig fænomenverden. Således vil sider af det enkelte menneskes psykologi kræve, at den enkelte befinder sig i en identificerbar gruppesammenhæng for at de træder frem.« ((16), p.9).

Også dette synspunkt understreger noget principielt metodisk korrekt i at foretage vurdering af egnethed til gruppeterapi i gruppe. Tilsvarende konkluderer Yalom ud fra praktiske og empiriske erfaringer, at jo mere optagelsesproceduren ligner en egentlig gruppeterapi, desto bedre kan patientens adfærd i denne forudsiges. Han betegner derfor observation af patienter i optagelses- eller ventelistegrupper som den mest lovende metode. ((3), p.262).

Foulkes gjorde sig erfaringer med vurdering i gruppe. Han har f.eks. arbejdet med såkaldte *»introductory interviews«* i gruppe, hvilket han som metode betegner som yderst interessant. Disse starter med en slags runde, hvor der stilles centrale spørgsmål som »Hvad er der i vejen med dig?«, »Hvad bringer dig her?«, »Hvilke følelser har du for dette?«, etc. Der søges samtidigt skabt den rette atmosfære, ligesom alle opfordres til at tale med, kommentere og reagere på, hvad de øvrige siger – også når det ikke er deres tur ((17), p.40). Videre introduceres gruppereglerne og den gruppeanalytiske metode implicit, idet gruppens medlemmer mødes med de betingelser og krav, som

deltagelse i gruppeanalytisk behandling stiller, og som medlemmerne skal kunne acceptere. Dette sker bl.a. ved konsekvent at fastholdes en psykologisk vinkel, hvilket ses i Foulkes udskrifter fra sine »*introductory interviews*«, hvor f.eks. forkølelse og influenza, der bruges som undskyldning for manglende fremmøde samt det at komme for sent, ses i et psykologisk/psykodynamisk perspektiv. Foulkes fandt, at iagttagelse af den enkeltes adfærd i denne setting danner baggrund for en god bedømmelse af gruppeegnethed. Når der indgik omkring tolv potentielle gruppemedlemmer, ville der efter denne selektionsmetode restere omkring de otte gruppemedlemmer, som en analytisk gruppe typisk opererer med. Disse otte kan efterfølgende fortsætte sammen i den egentlige gruppebehandling. Foulkes har også i et psykodiagnostisk eksperiment gjort erfaringer med at foretage vurderinger af fire ukendte patienter ad gangen i gruppesessioner af 1 times varighed. Resultatet af dette blev sammenlignet med en erfaren psykoterapeuts vurderinger ud fra individuelle samtaler, samt diverse andre data (bl.a. fra individualterapi og psykologiske undersøgelser). Her fandtes, at mens de individuelle samtaler mest pålideligt frembragte faktuelle data, var gruppesessionerne bedst til at frembringe psykodynamisk information af relevans for selektion, prognose og valg af behandlingsform (ibid., p.44-6).

Mig bekendt er det ikke gængs praksis at foretage assessment i gruppe, og der kan, foruden de fordele, en sådan metode som ovenfor antydnet rummer, også gøres indvendinger mod denne tilgang. For det første kan der være problemer af praktisk karakter. For det andet bør der sondres mellem, hvorvidt en ny gruppe er under etablering, eller om 1 - 2 gruppemedlemmer skal optages i en allerede eksisterende, langsomt åben gruppe med vakante pladser. I sidste tilfælde er det f.eks. ikke hensigtsmæssigt at anvende Foulkes introduktions-interview (i den oprindelige form med tolv medlemmer), da kun få medlemmer fra en sådan gruppe kan optages (dette gælder især, hvis en behandlingsenhed kun har én eller få fortløbende grupper, eller grupperne kun med faste intervaller optager medlemmer), ligesom hele problemstillingen omkring gruppens komposition og udviklingsfase (omtales senere) heller

ikke umiddelbart medinddrages (Foulkes metode finder jo, qua de udvalgte otte patienter fortsætter sammen, en naturlig løsning på disse problemer). Ønskes gruppevisitation, f.eks. som en opfølgning på et mere traditionelt anamnestic, diagnostisk eller assessment-interview, må den enten modificeres til at omfatte færre personer (hvor så til gengæld forskellen i gruppedynamikken mellem f.eks. en tre og en otte-personers gruppe må erindres) eller også forbeholdes de situationer, hvor en ny gruppe er under etablering. Endelig kan der rejses forbehold ud fra etiske betragtninger.

I stedet for de ovenfor nævnte »prøve- eller evalueringsgrupper«, anbefaler flere i tvivlstilfælde anvendelse af et tidsafgrænset prøveforløb i en eksisterende gruppe. Dette synes dog ikke at være nogen særlig god idé. Bl.a. kan det fremføres, at en sådan probant vil være ligeså forstyrrende for gruppen, som enhver anden ny patient (der måske dropper ud), ligesom probanten såvel som de øvrige gruppemedlemmer må antages at forholde sig anderledes til hinanden, end hvis en patient ankom som et fuldgældigt medlem af en gruppe.

Forlades ideen med at foretage vurdering i en gruppekontekst af ovennævnte grunde, er problemet i stedet, hvorledes der i en dyadisk setting kan foretages en relativt valid vurdering af en given patients egnethed til gruppeanalytisk behandling – herunder hvilken form for gruppebehandling. Foruden en almen vurdering skal et sådant interview indeholde et målrettet forsøg på at afklare den enkelte patients gruppe-egnhed. Dette gøres sædvanligvis ved at spørge til patientens funktion og copingstrategier i diverse dagligdags gruppesammenhænge (f.eks. social funktion i skole, på job, med familie eller venner, etc.). I et forsøg på at udarbejde skalaer til klinikerbedømt vurdering af egnethed til ambulant gruppeanalytisk terapi, ses disse mere gruppespecifikke forhold, baseret på patientens rapporterede anamnesticke oplysninger, f.eks. inkorporeret i form af spørgsmål om a) tidligere gruppeoplevelser, gående på om man kun har få eller negative gruppe-erfaringer, været syndebuk eller er fortrolig med og klarer sig godt i grupper, b) ens tendens til asocial

eller destruktiv adfærd og c) social færdighed ((7), p.187-9). Videre indhentes data fra eksploration af patientens gruppeforestillinger og fantasier, hvilket også er en anbefalelsesværdig tilgang. Her kan f.eks. afsløres stærkt urealistiske og måske svært korrigerbare forestillinger om grupper og gruppeterapi. Rosenthal anbefaler, at man under assessment-interviews til grupper indhenter oplysninger om a) tilbagetrækning eller flugt fra mellemmenneskelige forhold, b) fortsatte opsigelser af eller fyringer fra jobs, c) beretninger om at have været syndebuk, samt d) personlig karakteristik eller adfærd, der af andre opleves som bemærkelsesværdigt afvigende ((10), p. 155).

Selektionkriterier som en funktion af gruppetype

Som anført i indledningen er det særdeles vigtigt, at patienterne kan se ideen med og er motiveret for gruppeterapi. Mange af dem, der nedenfor bliver betegnet som uegnede, vil ganske givet ikke have et ønske om gruppedeltagelse.

Yalom bemærker, at der næppe findes patientkategorier, som ikke er egnede til en eller anden form for gruppebehandling ((3), 227), men at det afhænger af gruppens sammensætning (homogen eller heterogen), rammefaktorer (f.eks. antal medlemmer, sessioners varighed og frekvens), samt ledelse og terapeutiske principper/metoder (f.eks. supportativ, ekspressiv, eksplorativ og med en mere eller mindre aktivt terapeut). Som et eksempel på rækkevidden kan nævnes gruppebehandling af nogle af Englands farligste psykopater, anbragt under topsikret forvaring (18). Heraf følger, at problemet om gruppeegnethed ikke lader sig meningsfuldt besvare uden nærmere bestemmelse af gruppens type og sammensætning. Med mindre andet er nævnt, indsnævres det følgende til at omhandle gruppeegnethed til langtids, ambulante psykoanalytisk orienteret gruppeterapi i tidsubegrænset, langsomt-åben gruppe med ca. 8 medlemmer, der mødes i 1-2 ugentlige sessioner af 1½ times varighed, med det formål at opnå symptom-lindring, indsigt og karakterforandring.

Dette tilstræbes opnået gennem relativ stor grad af patient-interaktion, hvor terapeuten(-erne) har en klarificerende og fortolkende rolle, svarende til hvad der ofte udtrykkes som »terapi af gruppen, terapi i gruppen og terapi ved gruppen« ((19), p. 11, jvf. også (20) for uddybning af hvad gruppeanalyse er). Betydningen af, om en gruppe er homogent eller heterogent sammensat, hvilket kan betragtes som en variation over spørgsmålet om gruppens komposition i det hele taget, behandles i et senere, særskilt afsnit.

Eksklusionskriterier

Det synes lettere at pege på dem, der er uegnede til gruppeanalytisk psykoterapi end på dem, der vurderes særligt velegnede. Vurderes en patient velegnet til en eller anden form for psykoterapeutisk behandling, visiteres denne ofte uden yderligere overvejelse til gruppebehandling, når der ikke findes forhold, der gør pågældende *specielt uegnet til gruppeterapi* ((3), p228). Der findes videre en uheldig tendens til, at individualterapeuter finder flere af de nedenfor angivne patienter så vanskelige, at de henvises til gruppe, hvortil Rutan & Stone bemærker, »at patienter, der ikke evner at etablere en *levedygtig relation i en individuel psykoterapi, almindeligvis heller ikke er gode kandidater til gruppeterapi*« ((4), p. 100 [min oversættelse]). Således ses, hvorledes negative selektionskriterier anvendes. Medens der fordres et komplekst mønster af træk og egenskaber, for at gøre en gruppekandidat egnet, kan én enkelt faktor være diskvalificerende. Nedenfor anføres sygdomme/lidelser/problemstillinger, som i litteraturen hyppigt anses for at gøre patienterne uegnede til den valgte gruppetype. Som det ses, veksler kriterierne mellem at være diagnostiske (og her både før og efter indførelsen af DSM-III, hhv. ICD-10 klassifikationssystemerne, hvor der skete et skifte fra at vægte personlighedsorganisering til at vægte psykopatologisk symptomatologi) og at være mere psykoanalytiske og/eller psykodynamiske betragtninger. Skønt pladsen ikke tillader en uddybning af dette, skal det nævnes, at de forskellige kriterier i sig selv udgør et problemområde, hvor flere enslydende termer

dækker over delvist divergerende lidelser og/eller personlighedsmæssig organisering samt psykologisk funktion. Materialet er forsøgt organiseret efter de fire hovedgrupper, som Rutan & Stone (4) anvender.

Krise/akut psykopatologisk udbrud: Denne kategori spænder fra udviklings- og traumatiske kriser samt katastrofeoplevelser, til udbrud af psykopatologiske symptomer som f.eks. svær angst, egentlig depression og psykotisk gennembrud samt suicidale patienter (4, 17). Fælles for personer med sådanne problemer er, at de i den valgte type gruppe kun kan hjælpes ved, at terapeuten tildeler dem stor opmærksomhed på bekostning af de øvrige medlemmer, og at de har brug for et langt mere struktureret behandlingstilbud i et væsentligt mindre intenst emotionelt klima. Videre har de hverken interesse i eller overskud til at udvikle og adækvat at indgå i forhold til en række fremmede personer. Tilsvarende føler eksisterende gruppemedlemmer sig sjældent tilskyndet til at give særlig megen opmærksomhed til sådanne kriseprægede nytilkommende, der måske endog virker skræmmende. Ofte forholder det sig modsat, hvis en person, der efter nogen tid at have været medlem af en gruppe, udvikler en krise ((4), p.84-85). Da egentlige kriser er karakteriserede ved at være relativt kortvarige, omend emotionelt intense forløb, er der videre en vis sandsynlighed for, at motivationen for fortsat behandling ophører, så snart pågældende atter nærmer sig sine normale funktioner. Samlet findes omtalte personer ikke passende til gruppe, idet både deres egostyrke og symptomatologi samt egne behov er stærkt divergerende fra gruppens ditto.

Udtalte vanskeligheder med impuls kontrol: Skønt det langt fra gælder alle patienter med kronisk psykose eller organisk hjerneskade, grupperes disse af Rutan & Stone sammen med sociopatiske patienter og andre med udtalte vanskeligheder med impuls kontrol, idet det anføres, at fælles for dem alle er, at de ikke evner at etablere det minimum af objektrelationer, som kræves for, at en terapigruppe arbejder effektivt. Patienter med alkohol- og stofmisbrug, ((3), p. 228), kan for fleres vedkommende også indpasses i denne kategori.

Sammesteds uddybes problemerne med sociopatiske patienter i heterogene grupper. Medens de i starten kan være forførende og tiltrække sig stor opmærksomhed, vil de på længere sigt demonstrere deres mangler i interpersonel relatering, ligesom de har svært ved at indpasse sig under gruppens normer, men udnytter de øvrige medlemmer og ofte ender med at droppe ud under stort drama.

Udtalt karakterologisk forsvar, som i alvorlig grad hindrer interpersonel relatering: Her tænkes på personer, der er bange for intimitet, hvilket er uundgåeligt i grupper, eller som har en forsvarsstruktur, der vanskeliggør deltagelse i gruppeprocessen. Et af Friedmans fem kriterier for egnethed er, at patienten er villig til at være/blive modtagelig overfor påvirkning fra gruppen (21). Dette finder han, at patienter med skizoid personlighedsforstyrrelse har meget vanskeligt ved at leve op til (og at patienter med sociopatisk personlighed nærmest per definition ikke tillader). Nogle finder modsat, at skizoide patienter med fordel kan placeres i gruppe, hvor de modtager en fornøden aktivering (22, 23). Andre nuancerer debatten ved at bemærke, at let til moderat skizoide patienter, der er utilfredse med deres interpersonelle relateringsform, profiterer godt af gruppeterapi. Dette gælder ikke de mere tilbagetrukne patienter ((3), p. 241-2). At åbenbare stærkt personligt materiale overfor en gruppe er vanskeligt for de fleste og må for garderede, paranoide patienter, hvor påvirkning fra gruppen kan virke truende, aggressiv eller invaderende, nærmest synes umuligt, ligesom sådanne kan have svært ved at etablere en fornøden oplevelse af, at kunne overskue eller kontrollere de multiple indtryk og interaktioner, som finder sted i en gruppe, hvilket blot forstærker det paranoide forsvar. Interessant nok anbefaler Slavson gruppeterapi til patienter, der benytter sig af et projektivt forsvar, som han finder svære at korrigere i individuel terapi, idet terapeutens interventioner let opleves af patienten som kritik, hvorimod de øvrige gruppemedlemmers korrektioner, qua de ikke på samme måde som terapeuten udgør en autoritetsfigur, lettere accepteres ((22), p. 182). Dette synspunkt formodes gyldigt i et vist omfang, indtil de paranoide tendenser (som jo primært er baseret på netop projektion) bliver for domine-

rende. Her, som ved Yaloms betragninger vedrørende skizoide, ses tesen om at være passende gyldig; for stor afvigelse er ugunstig, medens nogen divergens udgør grundlaget for et frugtbart møde.

Under denne overskrift skal også anføres flere af Neighbor et al.'s eksklusionskriterier: Intens social angst, i en sådan grad at gruppedeltagelse forhindres, samt udelukkende psykosomatisk lidelse ((24), p.249-250) (jvf. også 22).

Manglende evne eller vilje til at acceptere grupperegler: Rutan og Stone anfører under deres fjerde hovedgruppe personer, som grundet deres patologi eller livsførelse, ikke realistisk kan forventes at overholde gruppens regler om a) et stabilt fremmøde, b) opretholdelse af tavshedspligten omkring gruppen samt c) at kommunikation sker via verbalisering og ikke handling – alle forhold, der er forstyrrende for gruppens proces og tryghedsniveau. Et ustabil fremmøde kan f.eks. ses hos borderline personlighedsforstyrrede patienter, eller personer, der i uddannelses- eller erhvervsmæssigt øjemed i perioder er bortrejste. Videre ekskluderer Yalom patienter, der på forhånd vides/formodes at være fraværende i blot ét ud af seks gruppemøder, er afhængige af andres transport, eller har mere end 60-90 min. transports-tid, idet grupper i perioder er mere frustrerende end givende for den enkelte (der oplever visse temaer uinteressante eller modtager for stor eller lille opmærksomhed), hvilket ifølge Yalom kan gøre det svært at overvinde trangen til at slippe for den lange rejse (3).

Neighbor et al. angiver også latent eller manifest psykotiske samt ekstremt depriverede patienter, som ikke tåler den frustration, grupper medfører i og med, at én enkelt patient ikke kan opnå hele terapeutens opmærksomhed ((24), p.249-250). Slavson finder også sidstnævnte (med ikke-eksisterende eller ekstremt destruktive relationer til forældre og/eller søskende) uegnede, idet de har for begrænset kapacitet til at danne objektrelationer og følgelig ikke kan opgive deres egocentricitet. Grupper, med deres mangfoldige rela-

tioner, overstiger således deres evne, og her er et dyadisk behandlingstilbud at foretrække (22). Egne kliniske erfaringer med patienter, med en dependensproblematik, går lidt i samme retning; De er ofte lette »at overtale« til at deltage i grupper, men evner kun dårligt at fungere indenfor en sådan tre-personers psykologis domæne (ødpalt niveau) og er tilbøjelige til at droppe ud. I øvrigt er det min erfaring, at der også hyppigt ses vanskeligheder med udtalt narcissistiske patienter, der let bliver svært krænkede over at blive placeret i grupper med andre, der efter deres mening er dårligere fungerende, og som har svært ved at håndtere den søskende-rivalisering, der uundgåeligt finder sted.

Det skal bemærkes, at en del af de patienter, der normalt findes uegnede til gruppebehandling, ofte med held kan behandles i homogene grupper. Eksempler herpå er suicidaltruede, seksuelle krænkere, alkoholikere.

Årsager til drop out: Det er tidligere nævnt, at et overordnet egnethedskriterium er evnen til at undgå præmatur afbrydelse af behandlingen²⁾. Drop out problematikken og dens uheldige virkninger for den resterende gruppe udgør således et vigtigt moment i selektions-processen, og sådanne potentielle patienter kan enten naturligt indgå under eksklusionskriterierne eller gøres til genstand for særlig opmærksomhed med det sigte at forhindre drop out. Rosenthal taler ikke alene om drop out, men også om udstødelse, hvilket rummer et vigtigt perspektivskifte; nemlig en understregning af den øvrige gruppes (incl. terapeuten) andel i drop out (10). Udstødelse eller isolation i gruppe, er beskrevet i socialpsykologien, f.eks. i Schachters klassiske eksperiment med afvigelse fra gruppenormen, hvor gruppemedlemmerne først tildelel dissidenten stor opmærksomhed dels for at klarificere hans position, dels i et forsøg på at reducere afvigelsen fra normen. Lykkes dette ikke, ekskluderes eller ignoreres dissidenten efterfølgende (25). Et interessant perspektiv på udstødelse gives af Lothstein, som mener, at den kan ses som en nødvendig gruppefunktion, hvormed der etableres grænser udadtil og skabes en følelse af »Vi-hed« (se (10), p. 149). Det kan dertil bemærkes, at medens gruppen

ikke har indflydelse på, hvem der inviteres ind i 'familien', søger den måske indflydelse ved at være medbestemmende for, hvem der bliver der.

I den tidligere nævnte undersøgelse af Carroll anførtes som væsentlige årsager til frafald før gruppestart dels manglende interesse for gruppeterapi, dels manglende interesse for yderligere behandling ((4), p.83). Rutan & Stone nævner i denne forbindelse, at mange oplever væsentlig større angst i forbindelse med opstart i terapigruppe end i individuel terapi. Da interesse for at indgå i gruppebehandling samt forståelse for gruppens potentielle muligheder er vigtige inklusionskriterier, kan det ikke anbefales at søge at overtale eller presse patienter med massiv modstand mod gruppebehandling til at indgå i en sådan. Overensstemmende påpeger Yalom, at der for at være gruppeegnet fordres yderligere motivation end ved individualterapi, hvorfor patienter, der findes tvivlsomt motiveret for psykoterapeutisk behandling i en eller anden form, i mange tilfælde ikke bør tilbydes gruppeterapi.

Ved at sammenligne indtrykket givet ved det første interview for patienter, der droppede ud, hhv. fortsatte i grupper, gjorde Kotkov følgende fund: De, der droppede ud, var enten mere vrede eller stille og behøvede at blive skubbet til. De klagede sjældnere over spændinger, men somatiserede ofte konflikter, de klagede over hovedpine, søvnbesvær samt motorisk rastløshed, ligesom de fandtes mindre motiverede for behandlingen og i ringere grad var psykologisk tænkende (jvf. (3), p. 232). Ved en anden undersøgelse fandt Grotjahn, at 40 % af drop out tilfældene var forudsigelige, og at de faldt i tre kategorier: (1) Patienter med manifest eller truende psykotiske gennembrud af enten depressiv, paranoid eller kataton karakter, (2) patienter, der brugte gruppen til krisebearbejdning og derefter droppede ud, (3) udtalt skizoide, sensitive og isolerede individer, som behøvede omhyggelig forberedelse til gruppe. (ibid.). Nash fandt, at de, der droppede ud, var mindre socialt effektive end dem, der fortsatte, og at de socialt ineffektive, som fortsatte i gruppen havde stort ubehag. (ibid.).

Rosenzweig & Folman fandt, at terapeuternes evne til at være empatiske med patienterne, patienternes evne til at skabe terapeutiske relationer, samt om terapeuterne generelt kunne lide patienterne, signifikant var omvendt proportionalt korreleret med drop out raten. (ibid, p. 233). Af faktorer, der har negativ betydning for evnen til at forblive i gruppe, fandtes 1) lav IQ, 2) stor grad af benægtning, 3) lav socioøkonomisk klassetilhørsforhold, hvorfor Yalom konkluderer, at »*The rich gets richer and the poor gets poorer*« (ibid.). Dette fund svarer til, hvad der indenfor psykoterapiforskningen benævnes som »YAVIS« (unge, tiltrækkende, velformulerede, intelligente, sociale, jvf. (26), p.235), og af Haga kaldet for Mathæus-effekten, netop med henvisning til ovenstående bibelske formulering (27). I Yaloms egen undersøgelse af 96 patienter, hvoraf 35 præmaturlt ophørte i gruppe, peges på 9 faktorer, der førte til drop out, (hvoraf flere faktorer ofte indgik i kombination) (3). Foruden problemer omkring subgrupper, der ikke tillader nye at få plads samt en problematisk indstilling til gruppeterapi, skal her nævnes:

Eksterne faktorer: F.eks. a) flytning til andre regioner eller uløselige konflikter omkring mødeskema og b) ydre stressorer, hvor det opleves meningsløst at lytte til andres talen om deres problemer. Der peges dog på, at disse begrundelser ofte anvendes i defensivt øjemed. En overoptagethed af ydre forhold kan være udtryk for benægtelse og rationalisering (i form af gode grunde til at forlade gruppen), som dækker over problemer med at relatere sig til gruppen og dens temaer. Typisk fandtes der grupperelateret stress op til drop out'et. Det anbefales under udvælgelsen at være opmærksom på ekstern stress og eksplorere i mulige tvungne afbrydelser af behandlingen pga ændringer i bopæl, uddannelse, job, etc. og i givet fald ikke inkludere sådanne patienter.

Afvigende fra gruppen: Patienter med væsentlig afvigelse på givne punkter fra den øvrige gruppe tegnede sig for 33% af drop out-tilfældene i nærværende undersøgelse. Dette peger på et vigtigt princip ved sammensætning af grupper, nemlig at de bør tilstræbe altid mindst at rumme to af en slags.

Her kan analoge erfaringer fra en anden klassisk undersøgelse indenfor den eksperimentelle socialpsykologi i form af Asch's forsøg med gruppepres og konformitet passende anføres. Asch viste betydningen af, at der i grupper findes mindst en anden, som indtager samme position/vurdering som en selv. Dette resulterer dels i, at den enkelte i langt større grad tør stå frem med sine egne oplevelser, dels i bedre trivsel (28). Medens mange altid vil adskille sig på en eller anden måde (f.eks. må én være den yngste, hhv. ældste, etc.) er det afvigelser i forhold til gruppens mål, proces og kommunikation, der er afgørende for, om man dropper ud/udstødes; f.eks. om man er for tavs eller konstant talende, afbrydende eller vredsladen eller kommunikerer på et andet niveau end de øvrige. F.eks. ved hyppigt at beskrive symptomer eller at søge eller give råd i stedet for at fokusere på intrapsy-kiske eller interpersonelle aspekter, ved at have en væsentlig ringere dømmekraft eller evne til at tale om følelser ((3), p235-6). Tilsvarende finder Roback & Smith, at patienter, der enten forstyrrer kommunikationen eller som er isolerede, vil blive betragtet som afvigende, og at netop afvigere er mest sårbare i forhold til drop out ((6), p. 429).

Problemer omkring intimitet: Det kan f.eks. være i form af a) skizoid tilbage-trækning, b) upassende (enten overdreven eller tilbageholdt åbenbaring af personligt materiale) eller c) urealistiske forventninger til øjeblikkelig intimitet i gruppen ((3), p. 239-40). Eksempelvis kan en bulimisk patient nævnes, som dominerede en allerede etableret gruppe ved i sin første session at give detaljerede beskrivelser af sine symptomer og spiseforstyrrelses-historie og siden aldrig mere møde op. Denne fremtoning kan ses som en defensiv handling, der tjener til beskyttelse mod intimitet. Her ses overlap til en anden af Yaloms drop out kategorier, nemlig dem, der tidligt er tone-angivende eller provokerende, ofte hudløst ærlige i deres tilbagemeldinger til andre, hvilket kan være en facade, der skjuler stor sårbarhed eller konflikt omkring intimitet (ibid., p. 312). Med denne adfærd skabes let relationer, som på sigt gør det umuligt at forblive i gruppen. Andre skuffes over, at »man hverken i gruppen eller udenfor kommer hinanden mere ved« – at

gruppen ikke er en tryk familie. Måske er netop problemer omkring intimitet et af de områder, der med fordel kan vurderes i gruppesammenhæng, hvor der tilbydes en anderledes form for kontakt og intimitet, end i det vanlige dyadiske assessment-interview. Som vist kan drop out ikke alene forstås ud fra patient-karakteristika, men må ses i perspektivet af interaktionen med den øvrige gruppe, hvilket yderligere tydeliggør de vanskeligheder, der på forhånd er forbundet med at identificere potentielle drop out patienter.

Frygt for emotionel smitte: Gruppemedlemmer kan skræmmes af andre medlemmer i en sådan grad, at de ikke tør blive i gruppen, bl.a. af frygt for at blive sådan selv. Dette er kun relevant som eksklusionskriterium, når fænomenet optræder i udtalt grad, som det f.eks. kan ses hos patienter med et betydeligt projektivt forsvar. Disse oplever, og forholder sig til andre, som rummede disse andre den projicerendes egne uønskede egenskaber, hvis »tilbagevendende« nu frygtes (jvf. i øvrigt diskussionen om paranoide patienter ovenfor). Et andet hyppigt set eksempel er ved indtræden i en (homogen) incestgruppe, hvor ikke mindst patienter, der nyligt har fået kontakt med barndommens oplevelser, ofte bliver meget skræmte af de andre medlemmers beretninger og let kan droppe ud. Her er det måske en fordel ikke at indtræde i en sådan gruppe umiddelbart efter erkendelsen af incestuøse overgreb (jvf. ovenstående betragtninger omkring kriser). Foruden projektion, angiver Yalom gennemtrængelige jeg-grænser og fusionstendens mellem en selv og signifikante andre, som underliggende frygten for emotionel smitte, hvilket ofte ses hos borderline patienter og (apropos det netop givne eksempel) også er fremtrædende hos mange incestofre.

Manglende evne til at dele terapeuten: F.eks. at ideen om at fremskridt alene afhænger af den mængde tid, opmærksomhed, etc. som kan opnås af terapeuten, udtalt søskendejalousi, etc.

Inklusionskriterier

Der er indlysende fordele ved at kende klare kriterier for egnethed til en (specifik) gruppebehandling. Foruden at terapeuterne selv mere sikkert kan udvælge, er det bl.a. også muligt at kommunikere bedre med andre terapeuter samt ikke mindst beskrive målgruppe(r) overfor samarbejdspartnere og/eller henvisende instanser. Men blandt klinikere indenfor feltet synes der kun at kunne opnås enighed om, at der 1) mangler data om positive inklusionskriterier og 2) at gruppeterapi er særlig velegnet til interpersonelle problemer. F.eks. finder Rutan & Stone, at moderne patologi vedrører problemer med at opnå og/eller udholde autentisk intimitet. De betragter gruppeterapi som nutidens »treatment of choice«, idet længere tids gruppebehandling accentuerer sådanne temaer som intimitet og individualitet. Tilsvarende peger Yalom på, at patienter med problemer i det interpersonelle domæne er bedst egnede, når de samtidigt er villige til selv at tage ansvaret for disse problemer. Interpersonelle problemer ses f.eks. hos personer, der er ensomme, generte, socialt tilbagetrukne, ude af stand til at indgå i nære forhold, udtalt konkurrenceorienterede, aggressive, irriterende, eller argumenterende, mistænksomme, som har problemer med autoriteter, er narcissistiske (herunder problemer med at dele, empatisere, acceptere kritik, eller med konstant brug for beundring). ((3), p.244). Men som det fremgår, er denne liste dels løseligt defineret og temmelig inklusiv, dels overlapper den flere af de under eksklusionskriterierne nævnte uegnede personer/problemstillinger, og dels kan selve begrebet om interpersonelle vanskeligheder problematiseres. For hvordan skelnes mellem, hvornår et problem er intrapsykisk eller interpersonelt? Ved mange af de netop nævnte egnede personer, kan der jo let argumenteres for, at deres interpersonelle problemer grunder i intrapsyriske konflikter eller i mangelfuld udvikling af egofunktioner eller objektrelationer (deficit).

Foulkes mener, at gruppeterapi i almindelighed er indiceret, når (individuel) psykoterapi er det (17). Men det må erindres, at det valgte gruppeformat ofte kræver bedre motivation og evne til at tolerere angst, ligesom konceptet om

gruppens komposition kan ændre egnethedskriterierne fra gang til gang, hvorfor det aldrig i absolut form vil være muligt at fremstille inklusionskriterier.

Neighbor et al. angiver følgende indikationer for gruppeterapi, inddelt i fire overordnede kategorier ((24), p.247-8):

Patienter, der vil kunne profitere af gruppens tilladende/liberale atmosfære eller af gruppens relative fravær af pres i terapisisituationen.

- *Patienter med verbaliseringsproblemer og/eller ringe sociale færdigheder.* Disse vil i gruppe have mulighed for at deltage i gruppen, omend tavse i starten. Spørgsmålet er dog, om det vil lykkes for alle langsomt at komme til at deltage aktivt i gruppens kommunikation og hvordan man evt. kan skelne i selektionsfasen?
- *Patienter, der skræmmes ved for nære dyadiske relationer.* Her kan visse grupper tilbyde et rum, hvor tilfredsheden og det givende ved social og emotionel udveksling kan opleves, hvor en individuel psykoterapeutisk setting måske bliver for intimiderende.

Patienter, der udvikler stærk og uhåndterbar overføring i selv relativ kortvarig individuel psykoterapi.

- *Patienter, der er særligt dependente.* Overføringen i grupper udvikler sig sjældent så stærk som i individualterapi, og hermed kan regression til et fuldstændigt hjælpeløst stadie undgås. Som tidligere anført går egne erfaringer i retning af, at deres evne til at deltage i en gruppes mangfoldige netværk af relationer er tvivlsom.
- *Patienter, der lammes af skyld over at modtage terapeutens udelte opmærksomhed.* Også her er gruppe at foretrække frem for individualterapi.
- *Patienter, som har vanskeligheder at udtrykke aggressioner overfor autoriteter.* Gruppen vil kunne yde støtte til at aggressioner udtrykkes, og de aggressive følelser kan forskydes og udtrykkes overfor medpatienter, i stedet for direkte at blive rettet mod terapeuten.

Patienter, der undgår opmærksomhed på følelser.

- *Patienter, der har overvejende psykosomatiske klager.* Grupper tilbyder mulighed for, at disse patienter kan lære, at deres følelser er forbundet med deres symptomer. F.eks. får alexithyme lejlighed til at deltage i de øvrige medlemmers emotionelle oplevelser, hvilket hjælper dem til at identificere egne følelser, mens de ofte opleves alt for frustrerende i individualterapi. Andre finder somatiserende patienter uegnede til gruppeterapi, grundet deres manglende psykologiske tænkning. Her kan rejses samme spørgsmål som ved patienter med verbaliseringsproblemer.
- *Patienter, der benægter følelser og opretholder en naiv attitude.* En sådan defensiv strategi er ofte svær at opretholde i grupper.
- *Patienter, der er udtalt intellektualiserende.* Samme som ovenfor nævnt.

Patienter, der har behov for realitetskonfrontation.

- *Patienter, der gør brug af acting out.* Hertil kan indvendes, at det igen er et spørgsmål om grad samt gruppens fase og komposition. Patienter med udtalt acting out er svære at rumme i grupper og måske ses der hos de øvrige gruppemedlemmer et større incitament for at gøre vedkommende til syndebug, end for at støtte og fastholde vedkommende.
- *Patienter, der er ved at genvinde tidligere psykisk organisation efter psykose.* Gruppen tillader at retablere relationer under realistiske, men stadigvæk beskyttende rammer.
- *Patienter, der har brug for erfaringer med at anvende nyvunden indsigt fra individualterapi.* Samme som ovenfor anført.

Der synes at aftegne sig et overordnet tema i diskussionen om selektionskriterier; nemlig hvorvidt en manglende evne eller egenskab, som er repræsenteret i gruppens interaktion, 1) gør én velegnet, idet deltagelse i starten kan være overvejende observerende, hvorefter man over tid tilegner sig netop denne manglende egenskab, eller om 2) denne mangel opfattes som et eksklusionskriterium, fordi man ikke kan deltage på lige fod med de andre. F.eks. er der indenfor en behavioristisk og/eller fænomenologisk referenceramme tradition for at sammensætte patienter med problematisk interpersonel funk-

tion fra begge ender af et kontinuum. Dvs. gruppen sammensættes med en blanding af personer som er socialt tilbagetrukne (f.eks. har problemer med intimitet, fører ensomme, kedelige og isolerede liv) med personer, som har tendens til overinvolvering, er meget dependente eller krævende. Ideen er, at begge disse typer adfærd kan spædes op i gruppe ((4), p.88). Bemærk at her sammensættes patienter, der ifølge en mere dynamisk tradition findes uegnede. F.eks. advarer Rutan & Stone selv mod at sammensætte grupper med for mange ekstremer (f.eks. enten intellektualiserende eller emotionelt involverende uden observerende ego). Yalom er også klar i sin holdning. Det er hans erfaring, at de patienter, der ikke passer sammen med de øvrige, ikke, som af nogle antaget, profiterer af en overordnet støtte fra gruppen samt mulighed for at forbedre deres sociale færdigheder ((3), p238). Idet der henvises tilovenstående refleksionerne om, hvad det vil sige at være »passende«, vil jeg gerne advokere for det synspunkt, at medens mindre mangler i forhold til og/eller afvigelse fra gruppens standard rummer et terapeutisk potentiale for alle medlemmerne, vil et større omfang af samme resulterer i marginalisering og ringe terapeutisk udbytte og/eller drop out. Dette synspunkt vil i øvrigt let kunne forklare de udtalte uenigheder, da diskussionen oftest handler om diagnoser eller psykodynamiske egenskaber i ikke-definerede omfang, hvorfor man, afhængigt af graden, når til divergerende konklusioner des angående.

Indenfor en psykoanalytisk referenceramme finder Foulkes som særligt egnede til gruppeanalyse patienter med længerevarende problemer, grundlagt i den tidlige barndom, hvorved han især mener klassiske overføringsneuroser samt de tilfælde, hvor drøftelser af forstyrrelserne i gruppe formodes at have en hæmmende effekt på uønsket adfærd (17). Når Foulkes i øvrigt samstedt taler om selektion, bemærkes atter, hvorledes der kun gives få konkrete anvisninger, baseret på overvejende demografiske og sociale data. Dette findes at høre ind under problemet omkring gruppens sammensætning, som behandles nedenfor. Videre lægger Kadis, Krasner, Winick og Foulkes (jvf. (4), p. 87) vægt på følgende fire dimensioner ved selektion: a) Evne til at tole-

rere angst, herunder den nedbrydende angst, der kan opleves omkring gruppestart; b) evne til at empatisere og identificere sig med andre; c) ego-styrke, herunder graden af sårbarhed overfor interpersonel stress og potentiale til at tåle angreb, kritik samt nærhed. Som det ses, er disse tre dimensioner mere eller mindre orienteret mod perioden omkring gruppestart (samt 'overlevelse' af andre kritiske faser), medens den fjerde dimension d) sammenfald af patienternes forsvarssystemer, mere udsiger noget om, hvorvidt gruppemedlemmernes forsvarssystemer fungerer godt sammen eller ej. Denne dimension er således mere orienteret mod den etablerede gruppes arbejdsmodus (se (4), p. 87-8). Her viser erfaringer fra især homogene grupper, at anvender for mange gruppemedlemmer sammenfaldende forsvar, er de tilbøjelige til at lave kollusioner, og lader ofte terapeuten alene om at repræsentere alternativer, hvor udfordringer fra andre gruppemedlemmer, der til tider er mere effektive end terapeutens interventioner, savnes. Fra mine egne erfaringer med grupper har jeg oplevet dette i homogene grupper med bulimiske patienter eller i en gruppe af udelukkende neurotiske patienter, hvoraf stort set alle havde en antiaggressiv karakterneurose med tilhørende panikanfald eller agorafobiske symptomer. Her havde patienterne svært ved at føre sig assertivt frem, svært ved at udfordre hinanden, alt i mens jeg i stadig stigende grad fyldtes af aggressive forestillinger.

Yaloms undersøgelse af succesfulde gruppepatienter gav følgende fund (3): Hverken graden af psykologisk sofistisering, terapeutens forudsigelse af patienter's udbytte, tidligere åbenhed omkring sig selv eller demografiske data korrelerede med det faktiske udbytte. Eneste betydningsfulde variable var gruppens tiltrækning på patienter og patienter's generelle popularitet i gruppen. Populariteten vides at hænge sammen med evnen til at åbne sig, aktivitetsniveauet, evne til introspektion samt det at se sig selv som ufuldkommen i sin forståelse af andres såvel som egne følelser. Videre vides patienters forventninger om udbyttet at korrelere højt med det faktiske udbytte. Dette er en af de størrelser, der kan påvirkes under en forberedende samtale.

Gruppens sammensætning, kultur og modenhed

Som det fremgår af ovenstående, kan en given patient ikke i absolut forstand vurderes egnet til gruppeterapi, og der er allerede givet flere eksempler på betydningen af gruppens komposition. Selv hvis kriterier til »egnethed« for et givent gruppeformat er opfyldte, skal det overvejes om patienten til et givet tidspunkt passer til en given gruppe. Måske én og samme patient som på ét tidspunkt ville være malplaceret i en gruppe, til en anden tid ville være et godt valg. Begrebet om gruppens sammensætning eller komposition omhandler dette. Et typisk eksempel er den situation, hvor der kun er »gruppe-egnede« kvinder på venteliste. Kan en af disse passes ind i en gruppe bestående af 5 kvinder og 3 mænd, efter at en af disse mænd afsluttes, eller bør man vente til en egnet mand visiteres?

Standardgruppen består af otte medlemmer, med fire af hvert køn. Ud over dette finder Foulkes, at noget af det vigtigste ved gruppens komposition er, at medlemmerne stemmer nogenlunde overens, hvad angår almene baggrundsvariabler så som uddannelse, social baggrund, intelligensniveau, alder, m.v. Ensartethed indenfor sådanne faktorer er langt vigtigere end diagnostisk homogenitet – ja faktisk foretrækker Foulkes en vis diagnostisk heterogenitet i en gruppe (idet de tidligere diagnostiske eksklusioner dog må holdes in mente). Et styrende princip er, at ingen må stå alene. Dette princip er gældende såvel ved opstart af nye grupper, som når en langsomt åben gruppe skal have et nyt medlem. Som eksempel kan nævnes en patient med en periodisk udtalt skizotypisk problematik, der skilte sig betydeligt ud fra de øvrige gruppemedlemmer med overvejende neurotiske problemstillinger. Det krævede en stor indsats af undertegnede at holde ham i gruppen (hvilket på længere sigt dog viste sig at være til gavn for alle partere). Denne patient havde ofte tanker om drop-out/var i fare for at blive udstødt fra gruppen, og plagedes af skamfølelser over sine udbrud samt over at »udgøre en belastning« for de øvrige. De øvrige medlemmer blev skiftevis forskrækkede over hans materiale, brugte pågældende som påskud for at tilbageholde egne

affekter, som led i deres neurotiske defensive stil eller ignorerede ham. Dette leder tankerne hen på diskussionen om, hvorvidt neurose- og borderline-patienter med fordel behandles separat eller i blandede grupper, hvor der synes at være indlysende fordele ved sidstnævnte, idet personer med en neurotisk personlighedsorganisering/forstyrrelse kan tilbyde struktur og brug af mere modne forsvarsoperationer til personer med borderline personlighedsorganisering/forstyrrelse, mens sidstnævnte til gengæld kan lære de neurotiske gruppemedlemmer noget om de stærke emotioner, som vi alle rummer. Blot skal det sikres, at der aldrig er kun ét gruppemedlem af en af diagnosegrupperne, men f.eks. tilstræbes tre borderlinepatienter i gruppe med fem neurotisk organiserede. Medens en af forcerne ved gruppeterapi er, at medlemmerne er forskellige, f.eks. hvad angår angst og frustrationstolerance, genfindes også her den overordnede pointe; nemlig at der må tilstræbes et passende forhold mellem medlemmernes grad af homogenitet og heterogenitet. For store forskelle i angst- og frustrationstolerance kan bremse gruppen i sit arbejde, ved at den må udvise særlige hensyn og være tilbageholdende, eller kan alternativt overbelaste den enkelte patient med et for provokerende materiale.

Gruppens grad af modenhed er betydende for, i hvilket omfang heterogenitet kan rummes. En tommelfingerregel er, at en mere moden gruppe kan rumme en større grad af forskellighed, mens det i en nystartet gruppe er nødvendigt med en mere homogen patientmasse (jvf. i øvrigt en almen tendens blandt mange medlemmer i nystartede grupper til at finde lighedspunkter hos hinanden; »sådan har jeg det også...«). Det overordnede princip er, at gruppe-medlemmerne i deres sammensætning ligner hinanden så meget, at de kan koble sig på hinandens erfaringer, men samtidigt også er så forskellige, at de kan tilbyde hinanden nye og anderledes perspektiver og løsninger på deres problemer (4). Dette ses således som en præcisering af ovenstående refleksioner over graden af divergens. Gruppens dominerende temaer (f.eks. intimitet, individuation, konkurrence) bør også tages i betragtning (ibid.).

Forudgående psykoterapeutisk erfaring hos nogle medlemmer er ofte en stor fordel ved nystartede grupper. Mangler dette, kræves der ofte en langt større indsats fra terapeuten, for at få etableret en passende gruppeterapeutisk kultur. I modne, langsomt åbne grupper, er der som regel etableret en sådan kultur, hvor de ældre medlemmer viser de nye, hvorledes gruppen bedst anvendes.

Homogene grupper karakteriseres typisk ved at tilstræbe en særlig stor grad af ensartethed i medlemmernes problemområder/hovedklager. Sådanne grupper rummer bl.a. de fordele, at medlemmerne i større grad kan identificere sig med hinanden. Homogene grupper (eller individuel terapi) kan også med fordel anvendes, hvis der er behov for at afsløre meget følsomt eller skambetonet materiale. Det kan være seksuelle emner, patienter, der har været udsat for incest eller lignende overgreb. F.eks. var det svært for en bulimisk patient at tale om sine spiseforstyrrelser i en heterogen gruppe, idet hun skammede sig over sine symptomer. Modsat er det min erfaring fra flere homogene bulimigrupper, at det her er lettere at tale om disse forhold. Indtræder der en for stor grad af ensartethed, vil gruppen til gengæld kunne miste noget af sin dynamik (jvf. tidligere eksempel med den antiaggressive neurosegruppe). Endelig skal det blot tydeliggøres, at homogenitet hhv. heterogenitet bedst kan betragtes som yderpunkter i en række psykologiske og mere eller mindre kontinuerlige dimensioner, hvilket betyder, at grupper kan have vekslende grader af ensartethed indenfor alle mulige dimensioner.

Forberedelse til gruppe

Forberedelse til gruppe kan ses som en måde at gøre gruppekandidater egnede til gruppe og behandles derfor kort. Ved at forberede en patient til indtrædelse i en given gruppe, kan det store frafald inden og kort tid efter opstart reduceres. Nogle anbefaler bl.a. at udlevere gruppe-referater fra de seneste sessioner, at vise film fra gruppesessioner (evt. spillet af terapeuter) for at

give indblik i, hvorledes gruppemøderne forløber og dermed enten fjerne urealistiske forestillinger og give patienterne et mere realistisk grundlag at tage stilling ud fra (3). Andre foretrækker at fortælle patienterne om den dynamik, der udfolder sig i grupper samt informere tydeligt om rationalerne for gruppebehandlingens tilrettelæggelse og grundlæggende principper. En del potentielle gruppemedlemmers forestillinger om og/eller modstand mod gruppeterapi beror på tidligere erfaringer med sådanne. Her skal betydningen af nøje at undersøge disse gruppers rammer, setting og afvikling understreges, da det ofte viser sig, at disse tidligere grupper er drevet på måder, der adskiller sig fra en mere regelret gruppeanalytisk psykoterapi. F.eks. kan en hyppigt oplevet modstand gå på tidligere gruppedeltagelse, med opfordring til medlemmer om at danne netværk udenfor gruppen, hvilket kan resultere i, at visse medlemmerne i lange og sene telefonsamtaler må høre på de resterende gruppe-medlemmers problemer. Her letter det at præsentere en grupperegel om, at medlemmerne ikke må have kontakt til hinanden udenfor gruppen (medens andre bliver skuffede herover). Sådanne samtalefoci, hvor gruppe reglerne og deres rationaler eksplicit introduceres, forklares og diskuteres, udgør en central del i forberedelsen. Det er min erfaring, at dette ikke kan gøres grundigt nok. At få den enkelte til at forstå rationalerne for at drive en gruppe på netop denne måde, herunder opfattelse af gruppen som et mikrokosmos eller en 'familie', hvor ens relateringsmåder på godt og ondt vil kunne blive retableret, undersøgt og ændret, synes også at kunne modvirke drop out. Foruden at dette er med til at lede terapeut såvel som patient frem til en afklaring af, hvorvidt et givent gruppetilbud er passende, samt at patienten forberedes til gruppen, vil der også naturligt kunne ske en alliance-opbygning med patienten. Medens nogle peger på denne alliance-dannelse som vigtig i en før-gruppe fase (29), er andre skeptiske overfor dette. Men ofte er det nødvendigt at have en vis alliance med nye patienter, inden deres indtrædelse i en gruppe, for at de kan klare de første svære uger. I den forbindelse kan det være på sin plads at tale om, at man som terapeut i gruppen fungerer og opleves på en anden måde end i disse forberedende samtaler, hvor man måske er mere talende og strukturerende, ligesom der ikke samtidigt er hensyn at tage til de øvrige

gruppemedlemmer. Som led i den dyadiske vurdering, hvor patientens funktion i eksterne gruppesammenhænge (familie, job, uddannelse, kammerater, sportklubber, etc) undersøges, er det også nyttigt at drøfte patientens typiske (defensive) reaktionsmønstre og således både kunne forberede sig selv og patienten på disse og måske prospektivt indgå alliance omkring deres håndtering. Fortælles f.eks. om en tendens til at blive krænket og derefter at trække sig, kan man altså tale om, at dette sandsynligvis vil blive genoplevet, og man kan forlods yde støtte til, at patienten forsøger at klare sig på anden vis end ved at udeblive.

Egne erfaringer

Med afsæt i ovenstående refleksioner lykkedes det ved det psykoteraeutiske afsnit, hvortil jeg en årrække var tilknyttet, at opnå nogen reduktion i de udtalte problemer med patientoptag i grupper, der tidligere bl.a. kom til udtryk i form af a) usikkerhed i forhold til hvilke interview-foci, der er relevante i forhold til vurdering af egnethed til gruppebehandling, b) usikkerhed omkring, hvilke patienter der skulle visiteres til hhv. individuel eller gruppeterapi, c) et stort frafald før eller kort tid efter opstart i gruppe, d) uklarhed omkring udmelding af specifikke målgruppekriterier til de henvisende instanser. Alene erkendelsen af, at selektion til gruppeterapi er en ganske kompliceret affære, som foregår i flere faser, har været vigtig, herunder en skærpet opmærksomhed på og udspørgen omkring grupperelevante forhold ved forvisitationerne. Ved psykoteraeutisk afsnit var praksis tidligere, at personalet ved visitationskonference tog beslutning om, hvorvidt en »psykoteraeutegnet patient« skulle tilbydes individuel terapi eller gruppebehandling. Dette blev (ofte i skriftlig form) præsenteret for patienten, som den eneste behandling, der kunne tilbydes. Efter nogen ventetid blev patienten indkaldt til en orienterende samtale nogle uger før opstart i gruppe, hvor gruppereglerne blev forelagt. Allerede her mødte mange aldrig op, mens andre gav udtryk for stor usikkerhed eller ulyst i forhold til gruppedeltagelse. Denne praksis er nu ændret, således at patien-

ter, der kunne være relevante at placere i gruppe, indkaldes til en fælles drøftelse af, hvorvidt dette er en god idé. Her er reelt tale om en fordomsfri drøftelse eller forhandling, hvor gruppeterapeuterne også selv kan være usikre på, hvilket tilbud, der er mest passende. En sådan samtale indledes med at præsentere samtaleens undersøgende og afklarende formål, efterfulgt af en introduktion af gruppens regler og rammer, for at give patienten et reelt grundlag for stillingtagen. I praksis indgår ikke mere end en overordnet præsentation af de øvrige gruppemedlemmer eller aktuelle temaer i gruppen. Det er vigtigt at undgå enhver form for pres eller overtalelsesforsøg i retning af gruppe. Nogle gange er det primært i terapeuternes interesse at drive gruppeterapi, hvilket kan betragtes som en uhensigtsmæssig modoverføringsreaktion. Ønskes f.eks. en ny gruppe etableret, hvortil ca. halvdelen af de fornødne patienter er visiteret, eller mangler en fortløbende, langsomt åben gruppe patienter, ses ofte et pres i retning af, at kunne selekttere yderligere patienter for at kunne opstarte eller fortsætte gruppen. Dette får let terapeuter til at slække på kravene eller tage chancer i selektionen, hvilket ofte får en uheldig udgang i form af massivt drop out, der igen medfører at patienter, der faktisk er egnede til en gruppe til sidst opgiver dette format grundet den store gennemstrømning. Dette er et problem, som især findes ved mindre behandlingsenheder med relativt beskedne patienttilførsel. Det er indlysende, at jo flere potentielle gruppemedlemmer der er, desto bedre bliver muligheden for at sammensætte grupper som ovenfor angivet. Erfaringen er, at man let kommer til at undervurdere vanskelighederne og dermed opstarter flere grupper, end der er tilstrækkeligt patient-underlag for. Endelig må patienter, der selv ønsker gruppeterapeutisk behandling, nogle gange fravælges, når dette ønske viser sig at være baseret på nogle urealistiske og/eller umodne og forholdsvist ukorrigerbare forestillinger om, hvad dette indbefatter. Det er nemlig ikke kun terapeuter, der kan have en manglende forståelse af, hvornår grupper bør foretrækkes, og hvornår de bør fravælges!

Sammenfattende bemærkninger

Som det fremgår ovenfor, er udvælgelse til gruppeanalytisk psykoterapi et yderst komplekst område, hvor mange forskellige parametre ideelt skal afstemmes, hvorfor det er lettere at tale om eksklusion end inklusion. Da gruppens komposition er vigtig, lader der sig ikke opstille absolutte kriterier, ligesom stort set alle patienter, der selv ønsker det, kan behandles i grupper, blot disse er tilpassede patienternes særlige behov. Med andre ord ses en vid udstrækning af kontekstspecifitet indenfor dette område, hvilket formentlig udgør en stor del af forklaringen på den til tider pauvre og modsætningsfulde litteratur. Mens der kan peges på fordele ved at foretage assessment til gruppe i gruppe, medfører dette også en del problemer i det daglige kliniske arbejde. I praksis bør et assessment-interview i en dyadisk setting i stedet omfatte en særlig undersøgelse af det potentielle gruppemedlems tidligere erfaringer med grupper, ligesom holdningen til gruppebehandling nøje granskes. Endelig skal der peges på betydningen af grundigt at forberede patienten.

Som det forhåbentligt fremgår af ovenstående, kan det konkluderes, at den i starten fremsatte tese om at »at være passende«, i vid udstrækning supplerer og til tider helt kan erstatte mere gængse egnethedskriterier ved selektion til gruppeanalytisk psykoterapi.

Noter

- 1) Disse resultater er dog ikke baseret på matchede par og den ofte strenge selektion til gruppeterapi (foretaget af både terapeuter og af gruppen, da de høje frafaldsprocenter kan ses som en »naturlige selektion« af de bedst egnede), medvirker formentlig til opnåelsen af så gode effekt-rater, da de patienter, der forbliver længe nok i grupper, til at indgå i effektundersøgelser, antages at være særligt psykoterapeutisk egnede og derfor, som det kendes fra psykoterapiforskningen, formodes at profitere bedre af behandlingen. I individualterapi ses der ikke frafald i samme omfang, og her er der ofte en tilbøjelighed til at fortsætte længe med patienter (der ville falde fra grupper), selvom ingen eller kun få fremskridt gøres.

- 2) Det kan diskuteres, hvad der bør forstås ved præmaturl drop out, som typisk defineres som frafald indenfor de første 3- 20 sessioner (3) og ofte er en dom, som terapeuten fælder. Mens mange mener, at dette kan medføre uheldige og måske ligefrem skadelige virkninger for patienten, har f.eks. Geir Høstmark Nielsen i forbindelse med »Bergensprojektet« eksempler på, at patienterne mod forventning ved senere opfølgning har profiteret af endog meget kort psykoterapeutiske kontakt, skønt denne blev afbrudt »i utide«. Ved gruppebehandling er det dog hele tiden vigtigt at tage både den enkelte patients og hele gruppens perspektiv. Præmaturl drop out vil kunne sinke gruppens modning med indtil flere måneder (3), ligesom Yaloms undersøgelse af drop out patienter viste, at kun 3 ud af 35 oplevede bedring og det med yderst beskedne symptomlindring (p. 203).

Abstract

»Problems in selecting patients for group analytic psychotherapy«

A proper selection is necessary for group analysis to be an efficient method of treatment. The concept of psychotherapeutic suitability is discussed, as well as methods and principles for selection. Based on a review of the literature and the authors own experience, criteria for exclusion and inclusion to groups is presented, as is causes of drop out, principles for group composition and preparation for group. The main thesis is, that a concept of »being fit« often is more applicable than the traditional absolute criterias for selection.

Referencer

1. Toseland R.W. & Siporin M. When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. *International journal of group psychotherapy*, 1986; **36**: 171-201.
2. Heinskou T. Terapeutens motivation for gruppeterapi. *Matrix* 1995; **12**: 45- 53.
3. Yalom I.D. *The theory and practice of group therapy*, (3. ed.) New York: Basic Books 1985.
4. Rutan, J.S, Stone, W.N. *Psychodynamic group psychotherapy* (2. ed.). New York: The Guilford Press 1993.

5. Christensen K.R., Valbak K., Weeke A. Premature termination in analytic group therapy: Dropout frequencies and pretherapy predictors. *Nordisk psykiatrisk tidskrift*, 1992; **45**: 337-382.
6. Roback, H.B., Smith, M. Patient Attrition in dynamically oriented treatment groups. *American journal of Psychiatry* 1987; **144**: 426-431.
7. Valbak, K., Weeke, A., Rokkedal Christensen, K, Rosenbaum, B., et al. Vurdering af patienter til ambulant gruppeanalytisk terapi. En egnethedsskala. *Agrippa – psykiatriske tekster* 1990; **12**: 185-195.
8. Stone W.N. & Rutan J.S. Duration of treatment in group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy* 1984; **34**: 93-109.
9. Frank, J.D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. I: J.H. Harvey & M.M. Parks (eds.): *The master lecture series, Vol. I, Psychotherapy research and behavior change* 5-37. Washington: American Psychological Association, 1982.
10. Rosenthal, L. Premature termination in group analysis. *Modern psychoanalysis* 1998; **23**: 145-157.
11. Gans, J.S. & Alonso, A. Difficult patients. Their construction in group therapy. *International journal of group psychotherapy* 1998; **48**: 311-326.
12. Selzer M.A., Kernberg P., Fibel B., Cherbuliez T. & Saverio G.M. The personality assessment interview: Preliminary report. *Psychiatry* 1987; **50**: 142-151.
13. Rosenbaum B., Selzer M.A., Valbak K., Hougaard E. & Sommerlund B. The dynamic assessment interview: Testing the psychodynamic assessment variables. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1997; **95**: 531-538.
14. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
15. Bion W.R. *Erfaringer i grupper*. København: Hans Reitzels Forlag, 1993.
16. Burggaard L. Forord. I: W.R. Bion: *Erfaringer i grupper*. København: Hans Reitzels Forlag, 1993.
17. Foulkes S.H. *Group Analytic Psychotherapy. Method and principles*. London: Karnac – Maresfield Library, 1975/1991.
18. Cox M. *Group-analytic treatment of psychopaths*. Oplæg holdt d. 19.4.96 ved International Symposium on Psychopathy, Hotel Sheraton, København.
19. Bechgaard B. Gruppeanalysens baggrund. I: S. Aagaard, B. Bechgaard & G. Winther (red.): *Gruppeanalytisk psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag, 1994.

20. Aagaard S. Gruppeanalyse – hvad er det der virker? *Matrix* 1999; **16**: 219-44.
21. Friedman W.H. Referring patients for group Psychotherapy: Some guidelines. *Hospital & community psychiatry* 1976; **27**: 121-123.
22. Slavson S.R. *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York: International universities Press, inc, 1964.
23. Gabbard G.O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM IV edition*. Washington: American psychiatric press, inc, 1994.
24. Neighbor J.E., et al. An approach to the selection of patients for group psychotherapy. *Mental Hygiene* 1958; **42**: 243-254.
25. Schachter S. Deviation, rejection and communication. I: D. Cartwright & A. Zander: *Group dynamics*. Research and theory (3. ed). New York: Harper & Row publishers, 1968.
26. Hougaard E. Psykoterapeutisk effektforskning. I: N.K. Rosenberg, K.V. Mortensen, E. Hougaard, S. Lunn, & A. Theilgaard (red.): *Klinisk psykologisk forskning. En indføring i metoder og problemstillinger*. København: Dansk psykologisk Forlag, 1993.
27. Haga E. *Psykodynamiske synspunkter på placeboeffekten i psykoterapi*. Oplæg holdt d. 10.10.96 ved Symposium om Kombinationsbehandling med psykofarmakoterapi og psykoterapi, Aalborg Psykiatriske Sygehus.
28. Asch S. Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgement. I: H. Guetzkow (ed.) *Group, leadership, and men*. Pittsburgh: Carnegie Press 1951.
29. Bernard H.S. Guidelines to minimize premature terminations. *The international journal of group psychotherapy* 1989; **39**: 523-529.

VILJENS MAGT OG AFMAGT

Om vilje i patologi og psykoterapi

Matrix 2000/01;1, s. 87-107

Hanne Stubbe Teglbjærg

Viljen synes at være en sørgeligt forsømt medspiller i psykisk sygdom og i psykoterapi. I artiklen søges vilje forstået bl.a. i sammenhæng med begrebet intentionalitet. Det vises, at vilje er en væsentlig strukturskabende faktor i psyken, som er afgørende for oplevelsen af mening, kreativitet, bevidsthed og kontrol/tillid. Ud fra denne forståelse belyses viljens rolle i forskellige psykopatologiske grupper; således ses skizofreni som en lidelse karakteriseret ved brist i det intentionelle forhold til omverdenen, anorexi som et forsøg på at vinde frihed gennem kontrol, hvilket fastlåser viljen så meningen mistes. Tilsvarende belyses viljens rolle i henholdsvis dependent, narcissistisk og borderlinepersonlighed og sidst knyttes forståelsen af viljen med nogle praktiske terapeutiske overvejelser i behandlingen af de nævnte patientgrupper.

Viljen er en meget væsentlig faktor i psykoterapi. Det er viljen, som forlener mennesker med valg, der kan bryde de på forhånd givne mønstre. Uden vilje, ingen psykoterapi.

Mange psykoterapeuter har imidlertid erfaret, at patienter med en meget stærk vilje til forandring, kan være ganske svære at hjælpe (1). Det er som om deres »villen forandring« ikke bringer nogen steder, men snarere fastlåser situationen. Andre synes helt at mangle viljen til at bryde med selv meget smertefulde livsmønstre. De vil tilsyneladende ikke være raske og i terapi er der her primært bud efter en forandring af viljen, – men hvordan forandre sin vilje, hvis ikke med viljen som drivkraft ?

Viljen blev i psykoanalysens tidlige historie nedtonet til fordel for et mere deterministisk syn på vores holdninger og handlinger (2,3). Psykoanalysen

viste os, at vi er drevet af ubevidste drifter og konflikter og at vores opfattelse af den frie viljeskraft, tjener mere som et selvbedrag, for ikke at se, hvad der egentligt driver os (4). Freud og hans efterfølgere reagerede her på datidens opfattelse af, at al normal handling er funderet i en rationel, bevidst vilje. I psykoanalysen blev sløret revet fra øjnene, men måske sivede også et barn ud med badevandet:

»As one's fate formerly was determined by will, now is determined by the repressed in mental life. Knowledgeable modern put their backs to the couch, and in doing so may fail occasionally to put their shoulders to the wheel. ... In our understanding of human nature we have gained determinism, lost determination.«
(Allen Wheelis 1966)(5)

Denne traditionelle nedtoning af viljens rolle er måske grunden til, at jeg blev mødt med en bemærkelsesværdig tavshed fra nyere psykoanalytisk og psykoterapeutisk litteratur, da jeg blev optaget af viljen i psykoterapi.

Hvor psykoterapeuter har været relativt stille, har filosoffer og kunstnere beskæftiget sig en del med paradokserne i viljen. Specielt har jeg fundet mange paralleller mellem viljens paradoksale rolle i den psykoterapeutiske og den skabende proces:

»Den virkelige fare består nemlig i at man, med viljen som drivkraft giver sig til at søge efter en løsning. For når man søger bliver man blind. Blind for alt andet end det man forventer at finde. Bedst man gør sig til et hul i jorden, så strømmer løsningerne til af sig selv. Den gode vilje er kunstnerens værste fjende.«
(Arne Haugen Sørensen 1995)(6)

Sørensen skriver her om en vilje, som kan blokere den kreative proces og indskrænke vores udsyn. Kan det tænkes, at en alt for stærk vilje fra patientens eller terapeutens side på samme måde kan blive terapiens værste fjende? Hvordan hjælper vi vores patienter til at ville tage vare på deres eget liv

på en kreativ og konstruktiv måde ? Hvilken rolle spiller viljen i symptomdannelse – og helbredelse ?

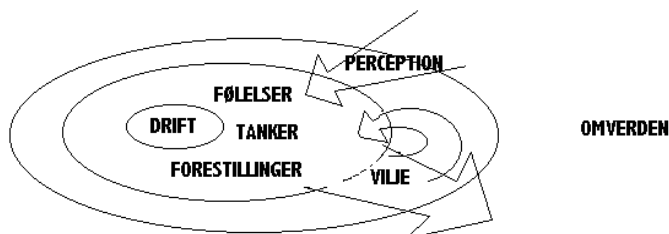
I artiklen her vil jeg først forsøge at nærme mig en forståelse af, hvad vilje er, og herunder vil jeg komme ind på intentionalitetsbegrebet. Videre vil jeg pege på viljens menings- og strukturskabende funktion og eksemplificere det i få udvalgte psykopatologiske hovedgrupper. Sidst vil jeg søge at drage nogle konsekvenser for det psykoterapeutiske arbejde med de forskellige patientgrupper.

HVAD ER VILJE?

Der er gennem tiderne givet utallige bud på hvad vilje er (7), men overraskende er det ikke lykkedes mig at finde en samlet definition, som kunne have praktisk relevans for nærværende undersøgelse. Der synes at have været en tendens til enten at se viljen som forlængelse af begær eller ønske (f.eks. Schopenhauer i »Die Welt als Wille und Vorstellung«), eller omvendt at fokusere på viljeskraft som en ren fornuftsmæssig og bevidst instans (f.eks. Nietzsche i »der Wille zu Macht«). Følgende bud på en definition trækker på elementer af psykoanalytisk, eksistentialistisk og fænomenologisk teori:

Vilje er en størrelse, der dannes eller samles i individet (eller i en gruppe) med udgangspunkt i en række psykiske instanser som tanker, drifter, følelser og forestillinger, der gennem etablering af vilje struktureres og rettes ud mod omverdenen. Etableringen af vilje er rent mentalt fænomen, som dog i sin natur tenderer at overskride grænsen mellem det indre og det ydre. Viljen får sin *form* som en *beslutning*, der peger frem mod handling. Man kan sige, at *viljen er den mentale akt, som danner basis for handling.*

Uden vilje ville vi være handlingslammede. Drifter og tanker ville flyde rundt som isflager i havet uden mulighed for at struktureres tilstrækkeligt til at gøre noget. Viljen er således en *stærkt strukturskabende størrelse, som forbinder os med vores omverden* indefra og ud, på samme måde som perception forbinder udefra og ind.



Enhver handling forudsætter en etableret vilje. Gennem påvirkning fra omgivelserne (perception) skabes forestillinger, tanker, følelser mv. som i samspil med hele vores tidligere psykiske liv kan konstituere en vilje. Skal jeg f.eks. stå ud af sengen en kold decembermorgen, vil dynens varme og kroppens træthed modarbejde min forestilling om, at skulle holde aftalen på arbejdet og mit ønske om at få en god dag og bevare respekten fra mine omgivelser. De mange impulser etablerer på randen af bevidstheden en vilje, som bringer mig ud af sengen lige tidsnok til at nå, hvad jeg skal.

I konstituering af vilje er det aldrig alle dele af personligheden, der kommer »til orde«. Begær og fornuft kan som bekendt pege i hver sin retning. Hvilken af dem, der bliver bestemmende for personens handling, afgøres i selve viljesakten. Heri vil de kræfter, som peger samme vej, styrkes; mens kræfter, som peger en anden vej, vil svækkes. Viljesakten kan altså forstås som en *prioritering af drivkræfter* og en *svækkelse af andre*, således at der skabes en struktur, der mere entydigt kan gå ud i verden.

Vilje, kontrol og frihed

At ville noget indebærer at søge magt over sin tilværelse. Vilje kan derfor opleves som et stærkt våben mod følelser af magtesløshed og håbløshed. Vi ser det hos de unge anorektikere, som søger at finde frihed gennem udøvelse af stærk vilje og kontrol (8). Deres vilje er funderet i et begær efter at opnå frihed og uafhængighed i overvindelse af den magtesløshed, de ellers føler. De tror på, at denne frihed kan vindes gennem selvdisciplin og kontrol og kvæler systematisk andre begær f.eks. efter mad og sex. Resultatet er, at de *bliver slaver af deres egen vilje til kontrol*. Det åbner med al tydelighed paradokset i begrebet om den fri vilje. For når vi er styret af vores vilje, er vi jo netop styret og ikke fri.

Ideen om viljens frihed synes at bygge på den antagelse, at vi med vores fornuft og bevidsthed kan styre vores vilje og dermed vælge frit at skabe vores liv af uendelige muligheder. Det indebærer, at vi er alene med ansvaret for vores egen vilje, rystet fri af tilhørsforhold og afhængighed. Denne frihedstanke er rendyrket i (dele af) eksistentialismen. Således så Sartre Freuds psykiske determinisme som udtryk for et valg, der tjente til at undvige den ubehagelige svimmelhed ved tanken om vores uendelige valgfrihed og ensomhed (9).

Man kan se Freuds og Sartres tanker som to modstående, men ikke nødvendigvis modstridende, positioner i spørgsmålet om menneskets fri vilje. En tredje formidlende position indtog Otto Rank, som mente, at *friheden opnåes der, hvor vi aktivt (med vores vilje) vil acceptere tilværelsens smertelige opgaver, »the volitional affirmation of the obligatory«* (10,11).

Vilje og bevidsthed

Vilje er ofte blevet knyttet til bevidsthed, som beslutninger udsprunget af regler og intellekt (7). Det rejser spørgsmålet, om det er muligt at tale om ubevidst vilje?

Min kat står uden for døren og mjaver. Den *vil* ind. Vi tillægger ikke katte bevidsthed, men vi tillægger dem vilje. Vilje er således i dagligsproget ikke nødvendigvis bevidst. Dette stemmer overens med Freuds udsagn om, at bevidsthed er en kvalitet ved det psykiske, en kvalitet der kan mangle eller være til stede ved siden af andre kvaliteter (12). *Bevidsthed kan således ses som en kvalitet ved viljen, der ikke altid er til stede.* Vi kan antage, at kun en del af et menneskes vilje er tilgængeligt for bevidstheden. Det vi tror, vi vil, kan altså dække over helt andre beslutninger, som organiserer vores liv uden vores bevidste vidende.

I nogle tilfælde er vi ganske bevidste om »at vi vil«, men helt uforstående overfor »*hvorfor* vi vil«. Det mest ekstreme er den tvangsmæssige gentagelse af handlinger, vi med hele vores bevidsthed anser for uhensigtsmæssige: Vi mærker her viljen udfolde sig, men forstår ikke dens grund og er ikke i stand til at vende viljen med fornuften. I disse situationer er det uomgængeligt, at vi ikke kan styre viljen alene med fornuften. Viljen kan imidlertid påvirkes af bevidstheden, *når vi er bevidste om den.* At blive bevidst om vores vilje og de kræfter der konstituerer den, er en væsentlig del af enhver psykoterapis projekt.

Vilje, mening og tillid

Lene har søgt terapi, fordi hun ikke har kunnet etablere nære forhold til andre og føler sig tom og værdiløs trods ydre succes. Hun er et menneske med

stærk selvdisciplin og vilje, og hun vil gøre alt, for at få det bedre. I terapien bliver hun vred på sin terapeut, da denne ikke kan fortælle hende, hvad hun skal gøre, for at forandre sit liv. I lang tid synes terapien mærkeligt fastlåst. Det er som om, Lene kæmper for at få magt over sin situation, og at netop denne kamp forhindrer hende i at finde mening i den. Hendes vilje synes på én gang at være hendes stærkeste våben og hendes største modstander.

»Magte hvad man kommer ud for kan betyde et af to, det kan betyde at få det under kontrol og få det afviklet – og det kan betyde at aftvinge det mening. Det sidste er at få skæbne, og i den forstand at magte noget er ikke det samme som at komme ovenpå«. K.E.Løgstrup 1972 (13)

Løgstrup peger her på, at *den meningssøgende proces synes at stå i modsætning til kontrol*. At slippe kontrol indebærer en svækkelsen af bevidst viljen, hvilket rejser spørgsmålet om, hvordan viljen bevidst kan slippes. Sætter vi vores vilje ind, er vi lige vidt, og dette synes at være kernen i Lenes fastlåste terapi.

Vi må en anden vej, og i Løgstrups ånd kunne dette være at vende sig mod begrebet *tillid*. Tillid indebærer en overgivelse, og er som sådan i et modsætningsforhold til en kontrollerende vilje. I terapien med Lene synes fremskridt betinget af, at Lene finder mod til at forlade sig på andet end sig selv og sin egen vilje for en stund, selvom dette indebærer en umiddelbar oplevelse af meningsløshed og udsathed. *Hendes vilje må fra at være rettet mod at komme ovenpå vende sig til en vilje til hengivelse*. I tilliden til terapeuten kan hun lægge så megen afstand til sin låsende vilje, at ny mening kan søges. Lene synes i denne proces, at have fået færtten af en ny frihed, som er meget forskellig fra »den fri vilje«. Med Villy Sørensens ord: *»I psykologisk forstand består frihed ikke i at kunne gøre hvad man vil, men at kunne føle en mening med det man gør.«* (14)

Vilje er altså både en forudsætning for oplevelse af mening og kan være en blokering for en meningsskabende proces. For at komme nærmere en forståelse af denne sammenhæng, vil jeg vende mig mod begrebet intentionalitet.

Intentionalitet

Intentionalitet er et begreb, som søger at afklare forholdet mellem det psykiske (erkendelse/mening) og det fysiske (omverden). Udgangspunktet er, at bevidsthed altid er bevidsthed om *noget*, bevidstheden *retter* sig mod noget. Det er i vekselvirkningen mellem dette noget (omverden) og bevidstheden at oplevelsen af mening opstår. Intention er en betegnelse for bevidsthedens »*rettethed*«. I psykoanalytisk litteratur kan ses en parallel i denne måde at tænke på i Bions forestilling om, at det ikke er tanker der skaber tænkning, men tænkning der skaber tanker. Altså bevidsthedens »*rettethed*« mod noget skaber bevidsthed.

Intentionalitet er især et centralt begreb i fænomenologien. Således så Brentano intentionaliteten som fundament for bevidstheden, hvilket Husserl modificerede til at mene, at de *intentionale akter er en særlig betydningsgivende klasse af bevidsthedsakter* (15,16).

Bevidsthedens rettethed mod noget uden for den selv (eksisterende eller ikke-eksisterende), etablerer (eller forudsætter etableret) mening. *Erkendelse* ses således som det, der sker, når sansningen er i overensstemmelse med intentionen. Tilsvarende er *sandhed* udtryk for identitet mellem det mente og det givne (16). Tænker jeg f.eks. på at tænde lampen på kontakten bag døren, bliver denne intention fyldt af oplevelsen, når jeg ser kontakten og føler klikket det giver, når jeg tænder. Det er denne vekselvirkning mellem bevidsthedens intentioner og omverdenens opfyldelse, som etablerer meningsfyldte.

Vi kan opfatte *vilje* som *en særlig undergruppe af intentionalitet*. Viljen forudsætter en intention, men synes i særlig grad at rette sig handlingsorienteret mod selv eller omverdenen. *Viljen kan dermed på en særlig magtfuld måde, konstituere oplevelse af mening og er således stærkt strukturskabende i vores sjælelige landskaber.*

Et eksempel: Når jeg vil lave kaffe, samles billeder, viden, fornemmelser og følelser som er forbundet med kaffebrygning og efterfølgende kaffedrikning. Intentionen organiseres i tid gennem sekvenser: Gå ud i køkkenet, hælde vand i kedlen, tænde for kontakten o.s.v. Så længe jeg er i denne proces, nedtones andre projekter i overensstemmelse med viljens evne til at »ensrette« vore intentioner. Jeg kan godt tænke på noget andet, men hvis det kogende vand pludselig løber over, er jeg straks tilbage ved kaffeprojektet. Efterhånden som kaffen er færdig og jeg kan nyde drikken, bliver mine forventninger og forestillinger bekræftet. Overensstemmelsen mellem det mente (forestillingerne om kaffe) og det givne (den faktiske kaffe) giver mig en rolig oplevelse af, at være meningsfuldt forbundet med verden.

Bliver dette forhold forstyrret opstår en frustration, som kræver en indsats. Er der f.eks. ikke mere kaffe, står jeg overfor en uventet situation, som kræver en ny beslutning (= vilje), hvis verdensforholdet skal opretholdes. Jeg bliver måske irriteret indtil jeg kan samle mig om en beslutning om at lave te i stedet eller låne kaffe af naboen. Denne nye beslutning giver ny mening – eller er omvendt forudsat, at ny mening er skabt af den frustrerende situation.

Hos vores patienter er evnen til at overvinde frustration via en viljesbetinget strukturering af ny mening, ofte forstyrret. Frustrationen af den meningsbærende struktur (tom kaffedåse) kan måske ikke umiddelbart omsættes til en ny intention, hvorved ny mening kan skabes. Hermed bliver frustrationen ikke løst og må overvindes på andre måder med symptomdannelse og udviklingshæmning som resultat.

Vilje og kreativitet

Det intentionale forhold, som udmøntes i handlingsrettet vilje, er netop det i psyken, som rækker ud over det forudsigelige, og er dermed det element af kaos, som er forudsætning for en kreativ håndtering af konfliktsituationer. En lignende tanke er udtrykt af Otto Rank i 1945: *»It is in the act of willing that the human creature becomes creator, both of himself and of those products of his efforts«*. (17)

At skabe noget nyt i kunst, videnskab eller terapi forudsætter en stor grad af disciplin. Man skal virkelig ville det. Men samtidig må viljen knytte sig til en proces, som kræver, at man tidvist giver afkald på sin vilje, – at man forfølger noget snarere end at styre. Denne dobbelthed er beskrevet af bl.a. Per Kirkeby:

»Når jeg begynder at male, har jeg altid nogle ideer og forestillinger, som jeg vil male. Men hver gang sker der altså det, at jeg mister kontrollen over billedet, og alle de gode ideer og motiver bryder sammen. I sammenbruddet afslører de så at sige deres skjulte natur. I virkeligheden er mine billeder en sum af sammenbrud og dermed bliver de en slags natur.«

Per Kirkeby 1994 (18)

Det nye dukker op i sammenbruddet af kunstnerens bevidste og viljestyrede intentioner. Det er netop derfor, det er nyt, også for kunstneren selv. Hvis det ikke var tilfældet, ville kunsten aldrig kunne række ud over det, som fandtes i forvejen, – og dermed ville den blive ren dekoration eller illustration. Et andet sted i samme interview siger Kirkeby:

»For at kunne lave god kunst, er man nødt til at se ingenting. Det vil sige: For overhovedet at komme til at se, er man nødt til at se ingenting. Man må se væk fra en hel masse og lægge alle sine fordomme fra sig. Ellers

ser man kun de billeder man ved og har lært findes – i stedet for det som reelt er.» (18)

Drager vi parallellen til psykoterapi (19), peger det på risikoen for, at vi i vores nødvendige teoridannelse og fokusformulering, kommer til at lukke øjnene for »det som reelt er«. Også som psykoterapeuter må vi være parate til at »se ingenting«, og det er måske det allersværeste. I psykoanalytisk terapi er parallellen måske den frit flydende opmærksomhed, som ikke er så let at lære sig, som det umiddelbart kan lyde. Med Arne Haugen Sørensens ord: »*Det tager meget tillid og en masse fortvivlen at opgive sin vilje*« (6).

VILJE OG PATOLOGI

De traditionelt »bedst egnede« psykoterapipatienter er mennesker med en bevaret evne til at reagere på frustrationer ved at skabe nye meningsbærende strukturer på baggrund af et intentionelt forhold til omverdenen. De vil gerne være raske og kan drage nytte af terapiens frustration til at nærme sig deres mål.

Vanskeligheden i psykoterapi med dårlige patienter, kan skyldes, at de ikke er i stand til at drage nytte af frustrationen, fordi meningen tabes i frustrationen (eks. skizofreni), fordi de kun vanskeligt kan bringes til en kreativ frustration (eks. anorexi) eller fordi frustrationen spilles alt for hurtigt ud (eks. borderline forstyrrelse).

Vi kan tillige blive i tvivl om disse patienter egentlig *vil* være raske på trods af den åbenbare lidelse. Vi skal altså ikke bare hjælpe patienten til at blive rask, vi skal også hjælpe ham med *at ville*. Den fraværende vilje bunder delvist i en for spinkel evne til at etablere og fastholde en intentionalitet, herunder meningen med at blive rask.

Skizofreni

Når der ikke er mere kaffe i kaffedåsen, kan den skizofrene bringes i et dilemma, som truer hans verdensforhold. Frustrationen kan ikke hurtigt overvindes gennem en ny beslutning. I stedet opleves en skræmmende meningsløshed, som måske kan lettes i psykotiske oplevelser, hvor mening søges etableret *uden om* et intentionelt verdensforhold, og derfor er uden sandhed i almen forstand.

Mikael er 20 år og skizofren. Han har inden for det sidste år måttet opgive sine sædvanlige aktiviteter og kontakter, – det falder fra hinanden for ham, han kan ikke holde fast i en intention længere end få minutter af gangen og alt opleves komplet meningsløst. Han føler sig forpint både af denne oplevelse af meningsløshed og af den svære erkendelse af, at han ikke længere kan klare sig selv. Selv små ting som at få børstet tænder kræver omgivelsernes støtte og struktur. Med medicinsk behandling er hallucinationer og vrangforestillinger stort set væk, men der synes at persistere en mangel på vilje og intention, som kan strukturere det indre liv og bringe følelse af mening i hverdagen og tilværelsen som helhed.

Fravær af en organiserende vilje på baggrund af et forstyrret intentionelt forhold til verden, er måske en central kerne i skizofren lidelse. Når intentionen ikke kan fastholdes tilstrækkeligt til at viljen får fat, mistes strukturen, og den vilje som kan vise sig, bliver ambivalent og uden styrke til at bibringe oplevelse af mening og retning. Måske er skabelsen af organiserede vrangforestillinger som nævnt et forsøg på at »genindsætte« sig selv i verden ved at skabe et univers, som bringer mening udenom et intentionelt forhold. Kendetegnet ved organiserede vrangforestillinger er jo netop, at de giver mening for den skizofrene, men er løsrevet fra omgivelserne. I og med at de bringer mening, må der være en intentionalitet til stede, men genstandene, som organiserer rettedheden, er imaginationer uden realitet i omverdenen, intentionen kan derfor ikke bringe erkendelse og meningen forbliver privat. Resultatet er,

at den skizofrene nok finder lindring for meningsløsheden, men betaler prisen i den psykotiske isolation fra medmennesker. Hertil kommer, at vanskeligheden med erkendelse forhindrer udvikling og dermed fastlåser situationen for den skizofrene.

Den skizofrene ambivalens

Ambivalens defineres oftest som den samtidige tilstedeværelse af modsatrettede impulser eller følelser. Modsattetheden kan ikke løses i et intentionelt forhold, og der kan derfor ikke etableres en meningsbærende vilje. Opfatter vi vilje som den struktur, der underordner nogle drivkræfter og favoriserer andre for at kunne træffe en handlingsrettet afgørelse, kan vi *se ambivalensen som en svækket viljes-evne*. Den ambivalente bliver pinefuldt opmærksom på de mange, drifter, tanker og ønsker som peger i flere retninger, uden mulighed for at træffe en beslutning.

Ambivalensen hos den skizofrene udspringer således af hans forstyrrede evne til at etablere en strukturerende vilje. Den forstyrrede eller svækkede intentionaltet kan ses som *den fællesnævner* i den skizofrene lidelse, der er basis både for ambivalensen, for etablering af psykotisk »mening« og for den viljensløshed og vanskelighed ved at fastholde struktur, som er så karakteristisk for mange skizofrene.

Anorexi

En mere tvangspræget personlighed som den anorektiske vil søge at undgå frustrationen ved den tomme kaffedåse ved at sætte systemer ind, som enten sikrer, at der altid er kaffe nok, eller at hun nøjagtigt ved, hvordan hun skal reagere, hvis den bliver tom. Hun lukker sig inde i en verden af forudsigelighed og undgår dermed den frustration, som uforudsete situationer bringer.

Denne undgåelse af frustration betyder også, at fornyelse og udvikling ikke kan finde sted.

Anorektikeren har tilsyneladende en meget stærk vilje, men det er som om, viljen ikke er funderet på en måde, som bringer hende videre. Tværtimod. Hendes vilje tjener til at opretholde og fastfryse hendes systemer og dermed den mening, hun har valgt at bygge sit liv omkring. Det bliver hendes stærkeste forsvar mod angst. Viljen bliver dermed en blokering af kreativitet, hvorved truslen om frustration bliver dobbelt skræmmende, fordi hun ganske enkelt intet har at stille op med den. På denne måde mister hun evnen til at finde ny mening, hun må klamre sig til den, hun en gang har valgt, og med al magt holde trusler imod hendes verdensbillede på afstand.

Hun vil og hun vil ikke, men ambivalensen har en fundamentalt anden karakter end hos den skizofrene og bringer ikke samme subjektive lidelse. For hvor den skizofrenes ambivalens er udsprunget af manglende struktur, har anorektikeren en meget fast struktur med fuldstændig adskillelse af de modsatrettede kræfter. Hun undgår således lidelsen i modsatrettetheden, men hindrer dermed også sig selv i at forholde sig til modsætningen og komme videre. Hun bliver ufri i sit forsøg på at vinde frihed gennem kontrol. Dermed bliver hun slave af sin egen vilje og taber al anden mening, end den, som er bundet til anoreksien.

Dependent (neurotisk) personlighedsforstyrrelse

Maren udtrykker ingen selvstændig vilje. Hun gør alt, hvad andre forventer af hende og spørger man hende, hvad hun selv vil, fornemmer man, hvordan hun næsten desperat søger at læse hvilke forventninger, der kunne ligge til hende fra spørgeren, så hun kan få en pejling på en andens vilje med hende. Hun *vil* ikke ville selv. Alligevel synes hendes univers meningsfuldt og struk-

tureret. Hun har søgt behandling for psykosomatiske klager og lette angstsymptomer, – eller rettere: hun er anbefalet terapi af lægen og ægtefællen. Hun melder ofte afbud pga. hovedpine, men er tilsyneladende tilfreds med terapien. Derimod mærker terapeuten vreden og utålmodigheden: Hvor er Marens vilje?

I løbet af terapien dukker Marens vilje efterhånden op sammen med en voldsom vrede mod et par forældre og en søster, som har været meget dominerende. Det er som om, Maren har vendt sin villen til ikke-villen eller til villen-andres-villen, for på et dybere niveau at slippe ud af familiens jerngreb, *samtidig* med at hun *tilsyneladende* stadig lå under for andre. Hendes intentionelle forhold til verden havde ikke lidt afgørende skade, men hun kunne ikke håndtere en *bevidst* villen, endsige udtrykke den. I hendes grænseløse overgivelse til andres vilje, synes hun at have fundet en måde at udtrykke den vrede, hun følte, uden at hun kunne angribes for det. Man kan sige, at *hun havde bevaret en indre viljesstruktur på bekostning af eller i kraft af sin opgivelse af bevidst og udtalt vilje*. At bryde dette mønster under terapien bragte i første omgang en alvorlig angst frem, angst for at hun mistede sig selv, at andre ville kunne ødelægge hende, når hendes famlende og umodne forsøg på at sætte sig igennem blev synlige. Hendes vilje til terapi, som rakte ud over symptomlettelse, var spinkel, men i et tillidsforhold til sin terapeut, som oplevedes meningsfuldt, blev den langsomt styrket.

Maren opnåede betydelig symptomlettelse og kunne genoptage sit arbejde efter et års terapi. Det gode resultat kan måske ses som udtryk for, at der bag hendes tilsyneladende viljesløshed, lå en meget stærk reel vilje, og at hun således havde et stort potentiale for udvikling, som var blevet bremsset af hendes angst. Hun kunne derfor profitere godt af en klassisk terapeutisk holdning med en kombination af accept og frustration/indsigt.

Emotionel ustabil personlighed / borderline personlighedsforstyrrelse

Forestil jer en ung kvinde med svær borderline personlighedsforstyrrelse komme ud til en tom kaffedåse. Det går nok ikke stille af. Måske giver hun sig til at skælde den nærmeste ud for ikke at have sørget for ny kaffe, eller hun kyler kaffedåsen på gulvet.

Frustrationen bruges ikke til at træffe en ny beslutning. Viljen slippes, og frustrationen lukkes ubearbejdet ud i omgivelserne, som således får opgaven at genetablere mening og struktur.

Der er her ikke tale om, at vilje og mening tabes helt som hos den psykotiske. Der er snarere tale om en opsplnitning af vilje og mening, som forhindrer hende i, at lære af sine erfaringer og gør hende pinefuldt afhængig af den mening, andre kan etablere for hende.

Karina er sådan en kvinde. Hun er først i tyverne og læser statskundskab. Udadtil opleves hun som en magtfuld og temperamentsfuld kvinde, som ved hvad hun vil, men indadtil føler hun så stærk en selvsikkerhed, at hun ikke synes, hun kan leve videre. Dette fik hende til at søge terapi som sidste alternativ til selvmordet. I terapien bliver hovedfokus hurtigt hendes angst for at knytte sig og hendes stormfulde konflikter med alle, som kommer hende nær. Hun er meget kreativ og vil mange ting, men det er som om, at hun time efter time blot kaster en masse materiale over til terapeuten, hvis opgave det bliver at begrænse og fastholde temaerne tilstrækkeligt til, at der kan opstå en dybere mening. Ved terapeutens stædige fastholden og begrænsning, er det som om Karina begynder at få fat i en anden slags vilje, end den hun plejer, – en mere stædig og ansvarlig vilje til forandring, som er mindre blomstrende, men langt mere konstruktiv.

Denne mere modne vilje synes at vokse ud af Karinas hårdt tilkæmpede relation til sin terapeut. I første omgang bringer relationen en skræmmende ople-

velse af total afhængighed af terapeutens vilj. Men mod slutningen af terapien synes hun at kunne indarbejde det til en vilje til at acceptere sine vanskeligheder, som udspringer af en kaotisk barndom, og dermed i højere grad begynde at påtage sig ansvaret for, hvordan hun former sit liv.

Narcissistisk forstyrrelse

At ville indebærer et ansvar for det villede. Hvis jeg vil til Portugal, må jeg arbejde på sagen, indtil jeg står der. Ellers vil man med fuld ret kunne sige, at jeg nok egentligt ikke vil det alligevel. På den måde fører viljen os ind i et forpligtende forhold til verden. Et forhold som forsyner os med betydning og struktur, men som også kræver noget af os. Kræver et valg og en indsats, som rækker over små og store besværligheder. Sommetider lykkes det og sommetider må vi give afkald på det vi vil. For de fleste er det en relativ fredelig ting, men for et menneske med svær narcissistisk forstyrrelse, ligger al selvfølelsen i at det lykkes, hvorfor risikoen for fiasko bliver meget truende: *Villen i sig selv bliver farlig.*

Således for Jan, som i en langvarig terapi udtrykker: »Jeg ved hvad der er bedst for mig at gøre, men jeg ved ikke, hvordan jeg kommer videre. Det er som om, at jeg ikke vil det, som er bedst for mig, og jeg ved ikke, hvordan jeg kommer til at ville det.« Bag dette lå angsten for nederlaget. Sålænge han ikke satsede, kunne han ikke opleve de sviende nederlag. Desværre kunne han så heller ikke noget som helst andet, og han var ved behandlingsstart totalt socialt invalideret. Hans selvfølelse måtte derfor bygges på luftkasteller, som blev ualmindeligt høje i forsøg på at kompensere deres spinkelhed; Han ventede at blive berømt forsker og kunstner, når hans »virkelige« liv engang ville begynde ved, at verden opdagede hans genialitet.

Terapien måtte rive disse luftkasteller itu, før der overhovedet kunne opstå et ønske om at ville noget andet. Han var på det tidspunkt kommet i gang med

en lærlingeuddannelse og var her begyndt at øve sig i at klare små nederlag i det ansvar, han måtte tage. Hans terapi blev i høj grad et arbejde på at give ham mod til at etablere og udtrykke en virkelig og egen vilje, som han på den ene side fandt forfærdeligt forpligtende, men hvori en ægte selvfølelse kunne begynde at tage form.

SAMMENFATNING OG PSYKOTERAPEUTISKE OVERVEJELSER

Forandring i psykoterapi indebærer en ændring i patientens viljesstruktur. I tillid må noget opgives, for at ny mening kan findes, og for de fleste er denne proces så smertefuld, at det kræver megen vilje at gennemføre det. En forudsætning for vellykket terapi synes at være en balance mellem den vilje, som knytter sig til et konkret mål i terapien (f.eks. »jeg vil ikke være så hid-sig«) og viljen til at finde tillid og give sig hen til det endnu ukendte. For fast en målrettethed låser kreativiteten og for overdreven overgivelse opløser struktur og retning. Det gælder patienterne men i høj grad også terapeuten. Vi må bestandigt beslutte os for, hvad vi vil i forholdet til patienten og formulere brugbare foci, men vi må også bestandigt være parate til at opgive vores gode teorier og lytte os frem til nye synsvinkler.

Viljen spiller, som vi har set, en forskellig rolle i forskellige psykopatologiske billeder, og psykoterapien må udføres med hensyntagen hertil, for at viljens kreative og meningsskabende potentialer kan udvikles optimalt og for at modarbejde en for stram viljes blokering af de terapeutiske fremskridt.

I *skizofrenibehandling* betyder dette, at der må arbejdes for at skabe grundlag for en mere realitetsfunderet vilje ved at *styrke et meningsskabende intentionelt forhold til den fysiske omverden*. Udgangspunktet for terapien er altså ikke primært en bevidstgørelse eller indsigt, snarere er der bud efter hjælp til at knytte et tættere forhold til konkrete, nære realiteter for at styrke intention-

naliteten og viljen. I psykoseterapi gøres dette oftest ved at fastholde relationen til terapeuten og udfolde betydningen i dette forhold. For nogle skizofrene er dette imidlertid så skræmmende svært, at angsten bliver en tilbagevendende bremseklods eller terapien forlades i utide.

En anden vej kan være, at arbejde med et intentionelt forhold, som ikke primært knytter sig til en person, f.eks. ved at fokusere på konkrete fysiske og sanselige forholds meningsfylde, som man gør i en værkorienteret kunstterapi, som netop tager udgangspunkt i materialer, farver, toner, bevægelser etc. med det primære formål, at søge det udtryk, som opleves meningsfuldt. (20, 21,22)

I behandlingen af *anorexi* må der omvendt fokuseres på at *opløse den rigide viljesstruktur og stå ved anorektikerens side i den menings- og strukturløshed, der i første omgang dukker op*. Anorektikeren må først og fremmest bringes til at erkende og mærke lidelsen i oplevelsen af den tabte mening, bringes til sorgen over at måtte opgive hendes »lige vej til frihed« og dermed til den skræmmende afhængighed af andre mennesker, som udgangspunkt for noget andet: en langt mere usikker, men mere reel frihed, hvor mening er bundet i forholdet til andre mennesker.

Hos den *dependente* neurotiker drejer terapien sig ofte om en *bevidstgørelse af de ubevidste viljesstrukturer med accept af alle de følelser, som er bundet hertil*. Det væsentligste problem synes her at være, at man kæmper mod en vilje til at fastholde symptomerne, som patienten ikke vil være ved. For at opklare dette synes klassisk psykoanalytisk teknik med en neutral terapeutisk holdning og fokus på (overførings)tolkninger at være anvendelig. Relationen til terapeuten er *den* meningsgivende faktor, der kan få patienten til at overkomme frustrationen i processen.

Ved udtalt *narcissistisk forstyrrelse* synes der som hos den skizofrene at mangle et solidt og meningsfuldt viljesfundament, men smerten heri er pakket

væk af en tilsyneladende og sårbar vilje. Viljesstrukturen er der, men synes bygget på luftkasteller, og *terapien må først og fremmest skabe et trygt rum til nedrivningen*. Gennem det depressive sammenbrud kan en meningsgivende vilje bygges op i relation til terapeuten. I sammenbruddet opleves en meget stor sårbarhed, hvorfor den terapeutiske proces indebærer en meget stærk tilknytning til terapeuten, som bekendt ofte søges undgået gennem en lige så stærk afstandtagen. For at kunne komme til at arbejde med de intentionelle forhold, må der skabes et minimum af tillid og arbejdsro gennem terapeutens og rammernes stabilitet. Først når denne tryghed er etableret kan spørgsmålet stilles åbent: Hvad vil du?

Abstract

THE POWER AND POWERLESSNESS OF WILL

– volition in psychopathology and psychotherapy.

Will seems to be an important factor in the dynamic of psychiatric illness and its therapy. Volition is seen in relation to the concept of intentionality, and a close connection with creativity and meaning is shown. The psychopathology of schizophrenia, anorexia, dependent personality, borderline personality and narcissistic personality are reviewed in respect to the central role of will in these disorders and the author give some points to clinical implications in psychotherapy.

Litteratur

1. Nunburg H. The will to recovery. *Int J Psycho-anal*, 1926; 7:64-78
2. Basch M F. Psychic determinism and freedom of will. *Int Rev Psychoanal*, 1978; 5:257-263
3. May R. The problem of Will and intentionality in psychoanalysis. *Contemp Psychoanal*, 1966; 3:55-70

4. Olsen O A & Køppe S. *Freuds psykoanalyse*: København. Gyldendal, 1993
5. Wheelis A. Will and Psychoanalysis. *J Amer Psychanal Assn*, 1956:4: 285-303
6. Sørensen A H. Katalogtekst til udstilling på Sofienholm, 1995
7. Berrios G.E. & Gili M. Will and its disorders: a conceptual history. *History of Psychiatry* 1995; 6:87-104
8. Buhl C. *Følelser og krop*. Oslo: Universitetsforlaget 1990
9. Mitchell S. The problem of the will. *Contemp Psychoanal*,1984; 20:257-265
10. Rank O. *Will therapy, truth and reality*. New York: Knopf, 1945
11. Menaker E. Self, will & empathy. *Contemp Psychoanal*,1983; 19:460-470
12. Freud S. Jeg'et og det'et. 1923 / *Metapsykologi 2*. København: Hans Reitzel, 1976
13. Løgstrup K.E. *Norm og spontanitet*. København: Gyldendal 1972
14. Sørensen W. *Uden mål og med*. København: Gyldendal 1973
15. Lübcke P (red.) *Politikens filosofileksikon*. København: Politikens forlag, 1983
16. Zahavi D. *Husserls Fænomenologi*. København: Gyldendal, 1997
17. Horner A.J. Will, Transcedence, and change. *Contemp Psychoanal*,1983;19:471-481
18. Kirkeby P. Interview i *Agenda*, 1994; 37:jan.
19. Nergård J. *Psychotherapy – science or art?. Crossing the Borders*. Ludvika, NPPF og Dualis 1993
20. Levine S. *Poiesis*. Toronto: Palmerston press 1992
21. Knill P. The place of beauty in therapy and the arts. *The Arts in Psychotherapy*, 1995; 22:1-7
22. McNiff S. *Art as medicine*. Boston/London: Shambhala Publication 1992
23. Ansoff R. Finding a home for a psychology of volition. *Theory & psychology* 1993;3:323-336
24. Wilbur G B. Will therapy. *Psychoanal Q.*,1937;6:365-367
25. May R. *Love and will*. London: Souvenir press 1970
26. Sørensen W. *Den frie vilje*. København: Hans Reitzel, 1992

... Ikke altid som de andre!

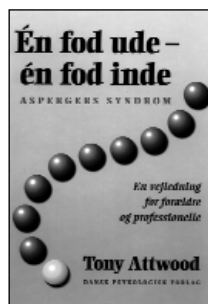
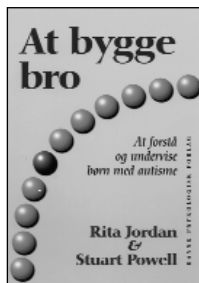
Rita Jordan, Stuart Powell: At bygge bro At forstå og undervise børn med autisme

Autisme er en livslang tilstand, som kræver særlig omsorg og opmærksomhed i forhold til det enkelte barn – også ind i voksenalderen. Skønt der ikke findes nogen mirakelkur for autisme, bringer denne bog håbets budskab og viser, hvordan man kan skabe mening i det, barnet gør, og hvordan man kan opbygge en undervisningsmetode, der tager hensyn til barnets særlige adfærd. Henvender sig til alle, der arbejder professionelt med børn inden for autisme spektret, samt forældre og andre pårørende.

Oversat af Johan Sonne Mortensen.

256 sider – 298,- kr.

ISBN 87 7706 236 1



Tony Attwood: En fod ude – én fod inde. Aspergers syndrom. En vejledning for forældre og professionelle

Med respekt, indlevelse og forståelse for de særlige potentialer, personer med Aspergers syndrom besidder, beskrives, hvordan man kan identificere og behandle på en sådan måde, at den enkelte får mest mulig hjælp og støtte til at leve sit liv på egne præmisser. Bogen giver en beskrivelse og analyse af de usædvanlige karaktertræk ved Aspergers syndrom, samt praktiske strategier til at mindske dem, der er mest påfaldende for personer selv. Indeholder talrige citater fra personer med Aspergers syndrom. Henvender sig til fagfolk, forældre, pårørende og ikke mindst personer med Aspergers syndrom.

Oversat af Johan Sonne Mortensen.

256 sider – 298,- kr.

ISBN 87 7706 276 0

Liane Holliday Willey: I skyggen af det normale At leve med Aspergers syndrom

Datterens diagnose førte til erkendelsen af, at forfatteren selv er i samme situation. Bogen er en selvbiografi i romanform – et tilbageblik på forfatterens liv set i lyset af Aspergers syndrom. Hun fortæller om de strategier, som hjælper hende selv og datteren til at navigere igennem »den almindelige verden«. Personer med Aspergers syndrom og deres pårørende kan her hente håb, inspiration og konkrete råd, og professionelle og behandlere kan finde grundlag for større forståelse og dermed mere hensigtsmæssig indsats.

Oversat af Kirsten Callesen.

176 sider – 258,- kr.

ISBN 87 7706 286 8



Bestil bøgerne hos boghandlere



Dansk psykologisk Forlag
www.dpf.dk

ANMELDELSER

Matrix 2000/01;1, s. 109-129

***Finn Skårderud: »Uro En rejse i det moderne selvet«,
H. Aschehoug & Co (W. Nygaard), Oslo 1998 (4.opplag 1999)***

Anmeldt af Bent Jørgensen

Finn Skårderuds bog »Uro En rejse i det moderne selvet« er en bog, som kun vanskeligt kan karakteriseres kort. Den trækker på psykologisk faglitteratur, først og fremmest psykoanalytisk teori, på skønlitteratur, på samfunds- og kulturpolitiske skrifter, på rejseoplevelser og på forfatterens egne erfaringer som terapeut. Det er en meget ambitiøs bog, som vil forstå mange fænomener i verden og som bevæger sig frem og tilbage mellem terapeutiske erfaringer, skønlitterære forfattere, deres liv og deres bøger og forfatterens overvejelser om moderne fænomener (f.eks. spillelidenskab, kropsbearbejdnings og risikodræt), og som lykkedes med det, på en sådan måde at springene bringer nye indsigt i.f.t. det analyserede problemfelt.

Første del af bogens titel henviser til den uro, som kan ses som et moderne livsvilkår for alle, men som kan ses tydeligst i sin patologiske form hos de patienter/klienter, som har spiseforstyrrelser og/eller er selvmutilerende og eller hos de klienter, som kun kan få liv gennem selvobjekter. Det er således ikke kun en bog om de andre, men en bog om os selv. Hos de andre kan vi nogle gange i ekstrem form se følelser og vanskeligheder som er genkendelige for os.

Anden del af bogens titel (som er uden punktum), henviser til rejser i tre betydninger. For det første er der den rejse, som finder sted i det terapeutiske

rum, hvor forfatteren som terapeut involverer sig i en dialog, som både er verbal og ikke-verbal, med en klient og hvor det er umuligt for terapeuten ikke at blive forandret. Dette kan også siges at gælde selve skriveprocessen: at forfatteren er en anden ved afslutningen end ved begyndelsen. Dernæst er der tale konkrete om rejser ud i verden (til f.eks. Hong Kong, Californien og Østrig). Og slutteligt findes der også rejserne ind i litteraturen.

Finn Skårderuds bog »Uro En rejse i det moderne selvet« er en bog, som skriver sig ind i den trend, som beskæftiger sig med det postmoderne samfund og de ændringer, det postmoderne samfund står overfor. At kalde det en tradition ville være misvisende, alt den stund trenden beskæftiger sig med traditionernes bortfald.

Det er den engelske sociolog A. Giddens, tyskerne Ulrich Beck og Thomas Ziehe, som trods indbyrdes forskelle peger på det samme, som med Skårderuds formulering lyder:

»Moderne kultur er historisk særtilfælde. Det er en kultur som henter sine idealer og kollektive bilder fra noe som ikke finnes: fra fremtiden. Essensen av det moderne er å bryte med tradisjoner, og i stedet sette *forandring* og *omsætning*. Nåtiden er ikke noe sted å oppholde seg. Uroen er således et kulturelt premiss, og ikke bare en tilfeldighet. Den er både virkning og bivirkning. Vi bekjenner oss til *utviklingen*, og det er derfor logisk at den uferdige ungdommen er den livsfasen vi mytologiserer. *Det ungdommelige* er vitalitet. Det ungdommelige er blitt vår erstatning for en enhetskultur.

Når vi til det moderne legger prefikset *post* – det postmoderne – har relativismen for alvor kommet inn i våre liv. Relativismen betyr at sannheter betviles, og at anførselstegnene forplanter sig som kaniner. Det mest relevante er ikke lenger sannhet. Det mest relevante er *relevans*.« (s.20, forfatterens fremhævelser). »Den eneste stabile tilstanden er tilstanden av instabilitet«, som han siger andetsteds (s. 21).

I en omskiftelig kultur stilles der krav til menneskets evne til at kunne sætte erfaringer i sammenhæng, hvis ikke den ydre fragmentering skal blive til en indre fragmentering. Når de store fortællinger som f.eks. marxismen synes at have udspillet deres rolle, idet de ikke længere kan skabe sammenhæng i ens oplevelser og erfaringer, sker der en psykologisering af hverdagslivet: det bliver en personlig opgave at træffe sine (små og store) valg i tilværelsen og at skabe sin egen personlige sammenhæng i sit liv. Det postmoderne menneske er et refleksivt menneske, som ikke længere har sine orienteringspunkter i en stabil tradition eller kultur, men som så at sige hver gang må træffe sit valg på ny og skabe narrationer, som knytter forbindelser mellem personlige og sociale erfaringer og som gør vores egen liv forståeligt. Vi befinder os dagligt i situationer, hvor vi f.eks. skal tage stilling til hvad vi skal spise, vel vidende at vi gennem det, vi spiser, er med til at forme og udvikle vores krop, samtidig med at valget af, hvad vi spiser, skaber en særlig relation til omverdenen, både den samfundsskabte og den naturlige.

Bogen er delt op i en række hovedafsnit: »Det åbne mennesket«, »De flinke barna«, »Intimiteten«, »Narcissus«, »Selvobjekter«, »Selvet«, »Det gode og lidelsen«, »Kroppens uro«, »Sult«, »Rand«, »Ro«. Inden for disse hovedafsnit er der andre afsnit med essays fra ½ side til 3-4 sider, hvor et fænomen forsøges forstået ud fra forskellige tilgange. Det går i høj grad ud over gennemskueligheden og sammenhængen, idet der ofte præsenteres fragmenterede synspunkter og ikke umiddelbart overensstemmende forståelsesmodeller. Man kan således sige, at bogens form i høj grad afspejler bogens indhold og at bogen som helhed præsenterer en række narrationer – eller diskurser om man vil – om det postmoderne menneskes psykologiske vanskeligheder. Finn Skårderuds teoretiske udgangspunkt er selvpsykologien, men han er også tydeligt påvirket af Winnicott og inddrager også eksplicit hans tænkning. Forfatteren ønsker ikke at være fastlåst i en bestemt forståelsesmåde og det er mit indtryk, at det er lykkedes at bevare en åben og undersøgende holdning til de undersøgte objekter. I modsætning til på Freuds tid, hvor autoritet og moral undertrykte det enkelte menneske, hvorfor hans model for forståelse af psykiske problemer var en konfliktmodel, så bliver mangeltilstanden, fra-

været og tomheden centrale begreber til at forstå nutidens mennesker. Skårderud redegør for sit eget syn på barnets udvikling:

»Barnets primære behov er ikke driftstilfredsstillelse, men tilknytning og respons. Mennesket er grunnleggende sosialt og søker relasjon. Det eksisterer ikke i utgangspunktet en konflikt, men en primær gjensidighet mellom barn og omsorgspersoner. Barnet er programmert til å søke og utløse respons. Konflikter oppstår, men er *sekundære* når det utviklende selvet støter mot omgivelsenes begrensninger. Mennesket søker *helhet, harmoni og sammenheng*. Psykisk helse er *evnen til å omgi seg med et modent og nærende miljø*. Psykopatologi vil ofte være resultat av vedvarende mangel på empati. Noe har manglet. Barnet har forskjellige behov i forskjellige faser. Normalutveklingen er avhengig av de voksnes evner til å se dette og endre sin atferd i takt med sine innsikter. Slik empatisk respons bidrar til å styrke opplevelsen av et sammenhengende selv og til den gradvise utviklingen av evner til å regulere selvfølelsen og til selvtrøst. Uten slike evner vil følelsesmessige erfaringer kunne oppleves som truende og forbindes med en risiko for *å gå i stykker*. *Mangel* er således et sentralt begrep i en slik forståelse av psykisk utveklings« (s. 45-46, forfatterens fremhævelser).

I hovedafsnittet »De flinke barna« kommer forfatteren så ind på, hvad det er de flinke børn mangler.

Bag den store arbejdskapacitet, store ansvarsfølelse, den veludviklede evne til at indleve sig i andre og omsorgen for andre kan gemme sig tomhed, depression og oplevelse af livets meningsløshed.

Hvis barnets behov for at blive set og taget alvorlig ikke tilfredsstilles kan barnet vælge den defensive vej, som anoreksien f.eks. er udtryk for. Eller barnet kan træde ind på den kompensatorisk vej, således at det udvikler, hvad Winnicott har kaldt et falsk selv eller en som-om-personlighed. Barnet præsenterer sig som noget andet i overensstemmelse med normer og fælles idealer. Konsekvensen bliver at det sande selv ikke udvikles, fordi det ikke kan leves. Skårderud siger herom:

»Forstillelse er ikke noe man gjør; det er noe man er. Det er som å skulle spille piano. Barnet spiller både på de hvite og svarte tangentene. Det lærer så at det bare kan spille på de hvite. Etter en stund finnes ikke lenger de svarte.

Det oppstår en smerte fra noe man ikke kjenner, fra noe som ikke har navn. Winnicott uttrykker at det sanne selvet er »i en tilstand av ikke-kommunikasjon«. Et slikt selvtap er i seg selv hverken sunt eller sykt. Det er for mange et livsvilkår og en taktikk for å overleve og reparere. Det drejer sig om å tilfredsstille et behov. Det er måtene å tilfredsstille behovet på som avgjør graden av helbred. Strebenen mot normalitet og prestasjon kan bli så voldsom at den blir avvikende. Da er det fristende å snakke om *normalitetens psykopatologi*«(s. 56-57, forfatterens fremhævelser).

Det flinke barns skæbne er, at der ikke er noget erkendt traume eller nogen erkendt historie som kan forklare følelsernes tilstedeværelse. Det er det psykiske fravær som præger det flinke barns historie og ikke nærværet af bestemte traumer. Den skelnen giver hos Skårderud anledning til at tale om hvid og sort smerte og hvid og sort sorg:

»Smerten over traumet er *den svarte sorgen*. Smerten over det de flinke barna savner som de ikke vet at de savner, er *den hvite sorgen*. Spør det triste flinke barn om dets barndom, og det sier at alt var bra«(s. 57, forfatterens fremhævelser).

Det flinke barn har brug for at vinde sin sorg tilbage og gennem terapien udvikle evnen til at sørge. Det kræver at den flinke patient får mulighed for at symbolisere det tabte, det manglende for derefter at kunne sørge over og dermed lægge det bag sig og komme videre.

Imidlertid vil der være en tendens til at det flinke barn i terapien bliver til den flinke patient eller klient og at terapeuten via modoverføringen oplever ked-somhed og bliver tanketom. Klienten kan på denne måde er en alvorlig udfordring for terapeuten.

Skårderud undersøger både med henvisninger til Winnicotts begreb om den »gode nok mor« og »det falske selv« og til André Greens skrivelser om hvide eller blanke psykiske tilstande den mangeltilstanden hos patienten. Især André Greens bidrag, som er nyt for mig, finder jeg spændende. De hvide psykiske tilstande er betegnelse for tilstande, som er præget af stærk følelsesmæssig binding til psykiske erfaringer af tomrum og fravær. Den enkelte person står overfor Sisyfos-opgaven at skulle fylde disse tomrum op. Dette bliver forståeligt gennem Greens begreb om »den døde mor«, som er knyttet til de oplevelser, barnet gør sig med den alvorligt depressive mor, som nok fysisk er tilstede, men som psykisk er fraværende. Det drejer sig med Skårderuds ord om et fravær som er opstået i det elskede objekt nærvær. Flere forsvarsstrategier står til rådighed for barnet. Den vigtigste er dobbelt, idet der på den ene side sker en afinvestering og på den anden side sker der en ubevidst identifikation med den døde mor. Afinvesteringen sker gennem, hvad Skårderud kalder en nedfrysning af den indre mor:

»Hun overvintrer i sjelens rum, som en fortængning. En slik metafor understreker(en nedfrysning af den indre mor, min anmærkning), at morsobjektet ikke er lagt øde for altid, men er der som levende begravd«(s. 80).

Identifikationen med den døde mor sker gennem transformationen af en positiv identifikation med moderen til en negativ identifikation med det tomrum, som afinvesteringen har efterladt. I det terapeutiske rum viser sådanne erfaringer sig ofte som knyttet til oplevelser af meningstab og tab af vitalitet. Tomrummet skal fyldes og tomrummet kan fyldes af ufri fantasien og tænketvang, som sammen kan virke frem mod målet: at overvinde forvirringen som er opstået efter tabet gennem at skabe et »kunstigt bryst«, et kognitivt stykke væv, som skal maskere hullet. Disse præstationer tjener ikke bare til at holde jeget i live, men også til at genoplive den døde mor ved at vække hendes opmærksomhed, få hende til at se og lytte, få hende til at være fornøjet og smile. Vi genfinder således hos det flinke barn, som er blevet den flinke klient, på den ene side en engageret normalitet og på den anden side en

uendelig fortvivelse. Klientens ord bliver korrumperte, idet de skal fungere som beskyttelse mod den hvide sorg. I terapien agerer klienten som om han/hun sad over for sin mor og fortalte for at fange hendes opmærksomhed og bevæge hende. Det ser således ud, som om man har en villig klient, men lidt efter lidt keder terapeuten sig. Metoden som Green anbefaler er, at behandleren selv fremstår som livlig, engageret og vital – modsat moderen – og gennem sine fortløbende overvejelser, som deles med klienten, får klienten til at føle sig i live og opleve sig narcissistisk investeret i af terapeuten.

I et andet hovedafsnit »intimitet« er det postmoderne samfund sat på dagsordenen. Det er forholdet mellem voksne og børn, mellem forældre og deres børn som danner udgangspunkt for Skårderuds civilisationskritiske kommentarer:

»I vestlig kultur er vi alle innvandrere, ikke i rom, men *i tid*. Den kapitalistiske produksjonens grunnregel er *omsetning* og *nyskaping*. Grunnregelen er forandring og ikke stabilitet. Det drejer sig om omsetning både av kapital og av tradisjon. I vår høykapitalisme er omsetningshastigheten høy, og tradisjoner har kort levetid. I det nye er vi alle fremmede. De eldres kunnskap er passé, og de unge fanger opp det nye. Det er som med immigrantene. Innvandrernes barn leker i gatene og er de første til å lære språk og koder i det nye landet«(s. 97, forfatterens fremhævelser).

Mange voksne har mistet troen på deres egen kompetence som opdragere. Som Skårderud beskriver er eksperter stærkt efterspurgt og terapeuten er nærmest at betragte som medlem af den moderne familie. Forældrenes orienteringsløse opdragelse af børn står ikke alene som tendens, den modsatte tendens er lige så udbredt: børnenes opdragelse af forældrene. De samfundsmæssige ændringer skaber ændringer i familien og dermed også ændringer i individet. Disse fremstår på nuværende tidspunkt som forskellige tendenser, ofte af modsatrettet karakter. Hvis man f.eks. ser på familiens ændring kan man se, at nogle af dens funktioner svækkes, medens andre styrkes. F.eks. bliver barnet et produkt eller et projekt, som der investeres psykologisk kapital i, således at barnet kan udvikle selvkontrol og realisere sig selv.

Ikke bare er en sådan opgave for forældrene uden grænser, men der er også alvorlig fare for at det lille barns omnipotente forestillinger forlænges med mulighed for pludselige kollisioner med realiteten. Når *det ønskede barn* på denne måde får stor værdi som forældrenes selvrealisering, indeholder det også faren for at *det aktuelle* eller *reelle barn* afvises. Det barn, som ikke er et vellykket projekt, kan vise sig at blive en byrde.

Tidligere er ungdomsperioden (hos f.eks. Erikson) blevet beskrevet som et moratorium. Det har ikke længere nogen mening at tale om ungdomstiden som et fristed, tværtimod er det en psykisk arbejdsom og anstrengende tid. Ungdommen er mere end nogen anden aldersgruppe genstand for samfundsmæssige forandrings- og påvirkningsprocesser og tjener samtidig som skærm for voksengenerationens projektioner. Skårderud skriver herom:

»Ungdommen er de kapitalistiske samfunnenes symbolske repræsentanter for *det foranderlige* og *det formbare*. Ungdom er utopien om «nuet». Ungdom er en estetisk, erotisk og kommunikativ myte som voksne orienterer sig mot. Mytologisk er det unge som bærer sannheten, og begreper som modning taper betydning. Når de eldre ønsker å komme med sine råd, lytter vi høflig – for man skal jo være snill med de gamle. Men har det relevans? Det er slående, hvordan mange voksne lever ut sine liv via de unge. De voksne lever ut sin sosiale angst for å bli gamle ved å identifisere seg med sine barn og låne deres jeans. De unge bringer friskt nytt. Moten er et åpenbart eksempel på dette. Skillet mellom klær for unge og voksne viskes ut. Vi kler oss i våre drømmer om udødelighet«(s.100, forfatterens fremhævelser).

Unge er klemt i muligheder, som hele tiden indeholder både belastninger, men også frihed. Og sammen med mulighederne til at gøre det ene eller det andet opstår også ansvarligheden for de valg, man traf.

I afsnittet »Narcissus« tager forfatteren med udgangspunkt i myten om Narcissus og især i Ovids beskrivelse af myten fat på selvtabet. Den centrale teoretiker bliver igen psykoanalytikerens Heinz Kohut, som har bidraget ved sin

revidering af narcissismebegrebet. Det væsentligste i den revidering er at narcissisme tillægger noget positivt, som grundlag for glæde, virkelyst og aktivitet, og at narcissistisk kærlighed derfor ikke skal bekæmpes eller overvindes men skal modnes og udvikles.

Skårderud er optaget af selvpsykologien, fordi som han siger: Den er så anvendelig i den terapeutiske dialog. For det første er den fokuseret på reguleringen af selvfølelsen, for det andet er den optaget af en forståelse af symptomer som forsøg på at fremme selvfølelse og at hele, og for det tredje lægger den vægt på begrebet empati i det terapeutiske arbejde. Men også det erfaringsnære ved selvpsykologiens begreber er vigtig for forfatteren:

»Selvpsykologiens metaforer er for mig nyttige som metapsykologiske begreber simpelthen fordi de er så *erfaringsnære*. Ikke bare kjenner jeg igjen mine pasienter i beskrivelsene, men jeg kjenner igjen meg selv. At jeg som behandler opplever begrepene som gyldige for mine subjektive erfaring av meg selv, anser jeg som positivt for de møtene hvor jeg skal bidra til at pasienter fremmer sine subjektive erfaringer«(s. 123, forfatterens fremhævelser).

I dette afsnit behandles skammen. Efter forfatterens mening er skammen selve kerneaffekten – forfatteren kalder det nøgleaffekten – for selvpsykologien og er således for selvpsykologien, hvad angsten er for egopsykologien. Skammen kan som en slags moralens grænsevogter virke begrænsende på vore almægtige forestillinger og sikre at vi ikke hengiver os til dem. Som sådan synes den at være en uadskillelig følgesvend til selvfølelsen. Den dybe skam kan ses som den smerte, der er forbundet med at se sig selv som en person, som ikke fortjener at blive elsket. Hvor vanskeligt det end er at leve med skammen, er dens modsætning: skamløsheden ikke at foretrække. Skamløsheden kan forstås som en kontrafobisk forsvarshandling mod den navnløse skam, hvor den konkret skam bliver opsøgt: i misbruget, i fornedrelsen etc.

Det er forfatterens pointe med henvisning til Christopher Lasch og Thomas Ziehe at pege på, at den øgede samfundsmæssiggørelse af alle livssammenhænge også betyder, at skammen bliver en mere fremtrædende følelse,

fordi den enkelte sætter sine egne idealer så højt. Jo højere jeg-idealere, jo mere perfektionistisk, desto større risiko for skamreaktioner, skriver forfatteren et sted.

Ikke bare normalitetens skamfølelse bliver mere udbredt men også den patologiske. Den patologiske skam slår ind og ødelægger selvfølelsen og forhindrer kommunikation med andre. Dette ses tydeligt i terapien, hvor klientens fremtræden i sig selv er et angreb på terapiens krav om dialog. Klienten tør ikke gøre sin indre verden synlig, fordi han/hun frygter at blive blotlagt som den elendige person, han/hun oplever sig at være.

Forfatteren skelner mellem tidlig og moden skam, hvor den tidlige skam er knyttet til oplevelser af ikke at blive set af moderen. Skammen knyttes således til de udeblevne eller ikke-forventede reaktioner, som er blevet bearbejdet af barnet på en sådan måde, at det det tillægger sig selv skylden for at der ikke blev svaret: det fortjente ikke at blive set. I den modne skam kan personer reflektere over sig selv og sin skam.

I hovedafsnittet »Kroppens Uro« beskæftiger forfatteren sig med selvbeskadigelse (selvmutilation) og ser det – lige som spiseforstyrrelser – som udtryk for personens vanskeligheder med at identificere, udtrykke og regulere indre spændinger. Psykodynamikken bag selvbeskadigelse er, at personen gør afmagt til en magt i et narcissistisk lukket rum, hvor hun kan afgrænse sig fra de andre, samtidig med at en indre skade, som er vanskeligere at definere får et helt tydeligt ydre udtryk. Endelige peger forfatteren også på, at selvbeskadigelse giver anledning til egen omsorg, hvor kroppen bliver et overgangssubjekt for personen.

Han beskæftiger sig også med den bevægelse »Modern Primitives«, som arbejder med kropsmodificeringer gennem piercing, tatovering og cutting og som arbejder med at omdefinere selvbeskadigelse til »body play« og bevæger sig videre til den almindelige befolknings optagethed af den ideelle krop og kroppens opgave ikke som produktion men som præsentation.

I hovedafsnittet »Sult« berøres spiseforstyrrelsen anoreksi, fedtet og fedmen i et kulturpolitisk perspektiv og forfatteren konkluderer:

»En kultur av *utydelighet* har et behov for å definere konkrete tegn og koder. Spillet om sulten er også en *tegnhung*er. Å ikke spise er et slikt tegn. De andre spiser, ikke jeg. Det etablerer distinksjoner. Overvekten kan være en annen form for grensemarkering. Den kan si noe om at normene ikke aksepteres. Fettets vesen er å udviske konturer, å glatte overflatene og å tildekke. Fedmen er nærmest en bokstavelig speiling av det uddifferensierte, og slik speiler den et ukontrollens problem. Men den mimer også en løsning, fordi den i seg selv er en grensemarkering. For mange er fedmen et signal om en annen posisjon – overfor andre, men også overfor dem selv. Fettet er et mildt sagt tvetydig symbol. Det er ikke ett fett« (s. 375, forfatterens fremhævelser).

I hovedafsnittet »Rand« beskæftiger forfatteren sig med den gruppe af mennesker, som lever farligt uden dog at være patologiske: Faldskærmsudspringere, bjergbestigere, bjergklatrere og andre grupper som dyrker ekstrem sport eller risikoidræt. »De vilde kroppe«, som er forfatterens betegnelse for disse mennesker eller dette fænomen, svarer efter hans mening til kulturens forventning om at fremstå med en tilsyneladende egenrådighed og samtidig med en eksotisk anderledeshed. For den enkelte tilbydes der en rus, en ekstase, en nær-døden oplevelse og fortabelse og nogle sekunder aktualisering af selvet i et fortættet nærvær. Jeg finder begrebet angstlyst, som er det begreb, der bruges til at indfange det ubehag, man opsøger og som man i mange andre sammenhænge ville undgå, for meget præcist .

I hovedafsnittet »Ro« refereres et besøg hos Irvin D. Yalom, som sætter gang i forfatterens funderen over betingelserne for den langsomme samtale og for den terapeutiske samtale overhovedet. Han anser den ikke bare økonomisk truet, men også truet af en kultur, som ønsker at fjerne ubehaget og hvis forsøg på smertelindring også ødelægger det enkelte menneskes kompetence til at takle smerte.

Det var længe en gåde for mig, hvorfor forfatteren havde valgt denne skrivestil med de mange essay, som henter sit råmateriale fra mange kilder. Indtil jeg kom til afsnittet »det multiple selv« i hovedafsnittet »selvet«. Her beskrives forfatteren Fernando Pessoa med hans livsvanskeligheder og hvordan disse livsvanskeligheder blev skrevet ud i bl.a. i »Uroens bog«. Fernando Pessaos selv var et multipelt selv, som fik liv uden for ham selv gennem hans skrivning. I 1917 havde Pessoa selv identificeret 19 heteronymer, hvorigennem dele af ham udtrykte sig. Intuitivt forstod jeg, at forfatteren fascination af denne forfatter og hvorfor Skårderud måtte vælge denne form og titlen for sin bog, idet de mange forskellige tilgange vanskeligt kan – og måske heller ikke skal – bringes ind i en formel. Det er manglen på sammenhæng som udgør selve sammenhængen. Det er uroen som er tekstens rolige centrum, som han selv skriver s. 219 om »Uroens bog«. Og også andre steder kan man se at forfatteren (Finn Skårderud) oplever sig midt i den proces, der bevæger sig fra univers til multivers og fra afgrænset til decentreret. Om hvordan denne bog skal læses skriver Skårderud: »Bruksanvisning for *Uroens bok*: Boken kan lese på forskjellige måter, fra perm til perm eller mere intuitivt. Kronogien har begrenset betydning. Jeg har lest helt og delvis flere ganger – i vidt forskjellige svenske og danske utgaver. Jeg anbefaler små doser. Da trer det frem dype og paradoksale innsikter, smerterike og klare, i et dramatisk språk. Da kan den bli en sitatsamling å speile sin uro i, og å hvile i« (219). Jeg vil gerne give denne læservejledning videre som gældende også for Skårderuds bog.

**Allis Møldrup Jensen: Tør du se min smerte
– og hvordan jeg kom igennem den?
med efterskrift af Marianne Davidsen-Nielsen.
Dansk psykologisk Forlag, 1999, 168 sider, kr. 220,-**

anmeldt af Søren Kaltoft, praktiserende læge og gruppeterapeut

Det er sjældent, at et menneske som har været igennem et smertefuldt behandlingsforløb efterfølgende fortæller om sine oplevelser, sine tanker og følelser undervejs i terapien.

I bogen »Tør du se min smerte - - « fra Dansk psykologisk Forlag fortæller Allis Møldrup Jensen i dagbogsform om et terapiforløb over et ½ års tid i en åben sorggruppe. Terapien fandt sted 5 år efter at hendes første barn, en helt normal dreng, var kommet af dage ved såkaldt vuggedød. Hun selv var dengang 26 år gammel.

Uventet pludselig spædbarnsdød er nok det sværeste traume en ung kvinde kan opleve. Erfaringsmæssigt har de fleste – om ikke alle – mødre, som udsættes herfor brug for professionel hjælp til bearbejdelse af tabet. Desværre er det langt fra alle som får hjælp tilbudt, og blandt de som gør, er der en del som afslår af misforstået tapperhed.

Dette sidste var vores forfatter, Allis' situation. Hun udsatte sit sorgarbejde. Hun hverken turde eller kunne se tabet i øjnene, men det vidste hun – selvfølgelig – ikke.

Hun genoptog næsten straks sit erhversarbejde, blev hurtigt gravid og fødte sit andet barn, en pige, bare 13 måneder efter drengens død. Efter yderligere 2 år fødte hun så sit tredje barn, endnu en pige. Da dette tredje barn var omkring 1 år gammel, begyndte Allis 'depression' med ked-af-det-hed, skyldfølelser og selvbeprejelser samt forstyrrelser af de cykliske kropsfunktioner. Ved lidt af et tilfælde kom hun som sygehjælper på et 4-dages kursus om sorg og omsorg. Hun blev sig i dette forløb bevidst, at hun selv havde undertrykt sine følelser omkring sin drengs død 5 år tidligere, at hun havde ladet som om det aldrig var sket.

Hun indså, at dette nok var årsagen til hendes aktuelle fysiske og psykiske dysfunktion, og at hun for sin egen og for sin families skyld var nødt til at søge hjælp herfor. Forud for omsorgskurset havde hun læst »Den nødvendige smerte« (Reitzel 1987) af Marianne Davidsen-Nielsen og Nini Leich. Hun søgte og blev efter kurset optaget i kursusgivernes sorgterapigruppe, som netop ledes efter Davidsen-Nielsens og Leichs principper.

Bogens første ca 125 sider består – efter en kort faktuel redegørelse for spædbarnet, Anders' død og begravelse i 1987 og en tilsvarende kort beskrivelse af det motiverende 4-dages kursus næsten 6 år senere i efteråret 1993 – af en minutios beskrivelse af alle de tanker og følelser som frisættes for Anders' mor undervejs i terapiforløbet gennem de 5 – 6 mdr. det varer.

Det terapeutiske design der benyttes i denne sorgterapi, som anmelderen selv har anvendt siden 1989, tager sit udgangspunkt i den allerede af Freud 1917 gjorde iagttagelse, at adskillelsessituationer er forbundet med sorg, og at adskillelse fordrer et psykisk arbejde for at bindingen kan brydes. Tab og sorg er jo normale fænomener, som vi alle udsættes for gennem vores liv, og som vi almindeligvis overkommer, hvis vel at mærke vores forudsætninger er rimeligt sunde og de aktuelle omstændigheder ikke af en eller anden grund er blokerende for sorgarbejdets påbegyndelse. Hvis sorgarbejdet ikke kommer igang eller går i stå, taler man om uforløst eller patologisk sorg. Vi kan her iagttage forskellige niveauer: forsinket, undgået, kronisk og fortrængt/ eller glemt sorg, nemlig alt efter i hvilken fase processen er gået i stå. For forfatteren, Allis' vedkommende handler det om undgået sorg. Det typiske her er netop den senere presentation med et præg som fuldstændigt kan ligne det mange psykiatere kalder depression. Hvis Allis var kommet 'i andre hænder' kunne hun sagtens være blevet tilbudt hjælp med et af de moderne antidepressiva. Effekten havde ganske vist været midlertidig, for man må antage at sygdomsfølelsen og det depressive billede på et eller andet tidspunkt efter ophør med den medicinske behandling ville være vendt tilbage.

Så havde det jo definatorisk handlet om en rigtig depression. Sådan går det formodentlig tit. Vi ved ikke hvor tit!

Allis kom i en sorggruppe, som er en slow-open gruppe med individualterapi i gruppen. Som det også fremgår af Allis beskrivelse er det en følelseskonfronterende terapi. Jeg kan tilføje, at den terapeutiske tilgang, forstået som måden man gør det på, er gestaltisk, nemlig ved at hver enkelt deltager tilskyndes til i gruppen at give sine følelser her og nu frit løb. Terapeuterne tilstræber aktivt at provokere den tabsramte til at føle og give los for sin dybeste smerte gennem gråd og hulken, såkaldt slippegråd. Metoden kan også ses som analytisk, nemlig når terapeuterne så at sige styrer forløbet gennem deres forståelse af den tabsramtes aktuelle vanskelighed, hendes modstand mod at give slip på det mistede, som en følge af tidligere oplevede, men fortrængte tab, frustrationer eller overgreb. I terapiforløbet kan sådanne tidlige traumer afdækkes, og der kan så sættes ord på de følelser som er gemt i de fortrængte oplevelser, og tabene kan på den måde gøres til genstand for sorgarbejde. I sorgterapi forholder terapeuterne sig med andre ord aktivt indgribende. Terapeuterne styrer, modsat gruppelederen i en analytisk gruppe. Metoden hviler på den antagelse at sorgarbejdet kan forstås som en succesion af erkendelsesforløb som skal gennemleves. Der opereres med 4 niveauer. Den tabsramte gives undervejs opgaver, f.eks. kan hun opfordres til at skrive til relevante navngivne personer, levende eller døde, om de følelser hun rummer for vedkommende. Hvis den relevante person lever, vil den tabsramte typisk, efter at have oplæst brevet i gruppen, blive bedt om at fremsende brevet til den det er rettet til.

Over mere end 100 sider i dagbogsform fortæller Allis om det enorme følelsespres, som dette iscenesatte forsinkede sorgarbejde i terapigruppen bringer hende ud i. Til tider tror hun selv at hun er ved at miste forstanden, at hun er på vej til at blive vanvittig af angst, før hun omsider bliver i stand til at opgive kontrollen over sine kaotiske følelser, overgive sig, og omsider give sig hen i fortvivlelsen og den rensende gråd. I forløbet må hun i flere perioder acceptere at lade sig sygemelde fra det omsorgsarbejde for andre, som hun har brugt som en slags værn mod selv at føle forladtheden (hjælpersyndromkomplekset).

Fremstillingen er ærlig, sine steder næsten til det hudløse, men på intet tidspunkt ubehageligt intimiderende. For nogle, rent analytisk arbejdende

terapeuter, vil fremstillingen måske nok opleves lidt anstrengende og uvant påtrængende. Men det er sådant, det er. Fremstillingen er sandfærdig. – Og så hjælper det! Disse patienter bliver iflg. min og andres erfaring helbredt.

Bogen er letlæst, skrevet i et dagligdags, men velformuleret lægmandsprog. Typografien irriterer mig lidt ved en idelige lidt pjattet brug af markeringer gennem kursivering og brug af de store bogstaver. Det må forlagskonsulenten tage på sin kappe.

En af metodeudviklerne, Marianne Davidsen-Nielsen, gives på de sidste 25 sider i bogen lejlighed til at kommentere Allis' terapeutiske forløb. Hun frem sætter i den forbindelse nogle metodekritiske betragtninger, som tilføjer bogen kvaliteter som rækker ud over dens rent oplevelsesmæssige værdi. Davidsen-Nielsen læser (nu) livshistorien med analytiske briller, og det giver hende med rette anledning til at formode, at Allis måske kunne være nået gennem sit forsømte sorgarbejde med lidt mindre angst og lidelse, end det som vi bevidner i Allis' egen beskrivelse. Som Davidsen-Nielsen så rigtigt skriver »I terapeutiske forløb er der altid forskellige veje at gå, og dette gælder også i sorggrupper...«, men, som hun understreger, det vigtigste er »at behandlerne turde se hendes (Allis) smerte og, nok så vigtigt, at de også magtede hendes angst«.

I et selvstændigt afsnit »Om PTSD og Allis' undgåede sorgreaktion« giver Davidsen-Nielsen en fortolkning af posttraumatisk stress disorder (PTSD), på grundlag af en eksistentielistisk forståelsesramme. Patologisk sorg hedder som sygdomskategori PTSD (ICD10).

Den patologiske sorg bliver meningsfuld, siger hun, når man ».. forstår, at vi bliver fri for forladthedensfølelsen ved at holde fast i det, vi har mistet (objektet) i stedet for at give slip.«

Patologisk sorg bliver på den måde et værn, en forsvarsmekanisme – omend uhensigtsmæssig – mod det som eksistentielt er værre, nemlig forladthedensfølelsen. »Man undgår at at føle tabet, som altid har adskillelse i sig, og adskillelse er tæt på urangsten«, siger Davidsen-Nielsen. Dermed har metodeudvikleren tilsluttet sig Irvin Yaloms forståelsesramme, nemlig at angsten er symptom på, at man ikke mestrer de forsvarsmekanismer, der

relaterer sig til de grundlæggende – og uafviselige – livsvilkår: døden, friheden, aleneheden og meningsløsheden. Man kan dermed også konstatere, at sorgterapi formodentlig iflg. »Den nødvendige smerte« (den kommende udgave) er blevet teoribaseret. Terapien er ikke længere baseret på ren imperi. Der er nu et teoretisk grundlag for den terapeutiske praksis.

***Remorse and Reparation, Forensic Focus 7, 1999,
224 sider, Jessica Kingsley Publishers,
London and Philadelphia***

Anmeldt af Peter Gottlieb

Denne bog er den 7. i serien Forensic Focus. Nu afdøde psyko- og gruppeanalytiker fra Broadmoor, Murray Cox, var medredaktør af seriens første udgivelse. Det er heldigt, at han inden sin død i sommeren 1997 nåede så langt med seriens nr. 7, at den har kunnet udgives med så meget af hans ånd bevarret.

Det indledende »Editorial« af Murray Cox er fyldt med elegante ordspil og literære henvisninger. Angerens grusomhed anslås af overskriften »To double business bound«, som er en central bestanddel af, hvad Hamlet overhører sin farbror Claudius tale med sig selv om. Som brodermorder, hustru- og troneraner, pines han af, at han, samtidigt med at han er bevidst om, at han har begået skrækkelige handlinger, ikke rigtig kan komme i gang med angeren, fordi hans begær efter de goder, som han har opnået ved sine forbrydelser, trækker den modsatte vej.

Ordet anger er stort og tungt og svært at benævne direkte, også for digteren A.E. Housman, som af Cox citeres for linierne:

When the bells justle in the tower
The hollow night amid,
Then on my tongue the taste is sour
Of all I ever did.
The word unsaid will stay unsaid
Though there was much to say.

The toil of all that be
Helps not the primal fault;
It rains in to the sea,
And still the sea is salt.

Efter læsningen af bogen må det erkendes, at havet nok ikke er mindre salt, men at der alligevel er mening i at beskæftige sig med begrebet anger.

Bogens forfatterskare er tværfagligt sammensat, og denne anmelder må tilstå at savne tilstrækkeligt med forkundskaber til helt at forstå alle de mange lærde udredninger med grundlag i ganske vist beslægtede, men alligevel så temmelig forskellige fag som psykologi, retspsykiatri, jura, filosofi, antropologi, litteratur og sociologi. Samtidig skal indrømmes, at anger-begrebet næppe kan rummes i en enkelt disciplin.

Kan man sige, at anger reducerer risikoen for fornyet kriminalitet, spørges det meget konkret i kapitel 3 og besvares lige så konkret med kapitlets titel: »Necessary but not sufficient«. Kapitlet beskriver arbejdet i the parole board i England. Der inkluderes nogle forskningsresultater, hvoraf fremgår, at hyp-pigheden af hvor mange sigtede der nægter sig skyldige, er forskellig fra den ene type kriminalitet til den anden. Nogle handlinger er måske lettere at angre end andre.

Flere kapitler anskuer anger psykodynamisk. Freuds teoridannelser tillod knap angeren plads, men med Klein blev det muligt at skelne mellem skyld og

anger i terapeutisk sammenhæng. Kapitlet om Freud er ren teori, medens det kleinianske især udgøres af et par meget levende vignetter til illustration af vanskelighederne forbundet med at vurdere integrationen af uønskede dele af jeg'et og dermed det særdeles usikre i at bedømme karakteren af den anger, der præsenteres i retsalen og over for retspsykiateren. Megen angiven anger måtte, hvis den var ægte, hævdes det, være ledsaget af så svær en depression, at selvmordet for længst burde være begået.

Et meget anderledes kapitel omhandler bl.a. skalaer til kvantitativ måling af skyldfølelse og virker sammenlignet med den øvrige bog noget provokerende med sine p-værdier på følelser. Gennemsyrende bag det meste af bogen er snarere et statistisk ubeviseligt, men derfor ikke mindre overbevisende dogme: Empati er bedre egnet end empiri, når det drejer sig om at håndtere anger eller mangel på samme. I de fleste af kapitlerne analyseres således sammenhænge mellem skyld, skam, anger, depression og reparation.

Af alle de vanskelige kapitler virker kapitlet om Kierkegaard i al sin kompleksitet retspsykiatrisk og psykoterapeutisk mest relevant, fordi det understreger, at anger ikke kun er relevant for de personer, der på grund af deres handlinger er veldefineret kriminelle. For alle mennesker er anger en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for eksistentiel frihed. Hvis dette ikke i det mindste anes af udøverne af de hjælpende professioner, må det ifølge Kierkegaard blive småt, hvad der kan ydes.

En interessant iagttagelse af Kierkegaard er, at politiet kommer til at modvirke forbryderens potentiale for anger, idet de gang på gang gentagne forhørsspørgsmål og den deraf følgende repetitive historiefortælling bestyrker forbryderen i en uoriginal efterjappen af fakta, der dæmmer op for en eftertænksomt reflekterende erindring, der inkluderer følelser, ideer og handlinger, uden hvilke anger er umulig. Inden for den psykiatriske og psykologiske profession må det vist erkendes, at risikoen for at en tilsvarende kvælning af den nuancerede og omfattende fortid foregår i mange af de sammenhænge, vi selv benævner terapeutiske, er ganske høj.

Som Housman beskrev anger uden at nævne ordet, var for denne anmelder Murray Cox' budskab kærlighed, selv om han aldrig benævnte det. Han var fast deltager og bidragyder i årsmøderne i The International Association for Forensic Psychotherapy. Ved det sidste møde, som han deltog i, talte han om »tro«, og han planlagde – fortalte han i en kaffepause – at tale om »håb« ved det næste, der skulle være i København i 1998, men før man kunne nå at tænke »tro, håb og«, var han gået.

***Esben Hougaard: Psykoterapi –Terapi og forskning
472 sider – kr. 340,-. Dansk psykologisk forlag, 1996***

Anmeldt af Steinar Lorentzen

Forfatteren som er ansatt ved Psykologisk Institutt, Århus Universitet (gjester p.t. ved Universitetet i Bergen), har ønsket å gi en samlet teoretisk behandling av psykoterapi på tvers av tradisjonelle terapiretninger. Han har etterstrebet å plassere disse i et helhetsperspektiv med vekt på empiriske undersøkelser og psykologisk teori, som et ledd i den integrative bevegelse som de senere år har preget utviklingen innenfor psykoterapifeltet. Boken henvender seg til alle faggrupper med interesse for en vitenskapelig forståelse av psykoterapi.

Boken (paperback) er på nesten 500 sider og inkluderer 13 kapitler pluss referanser og stikkordregister.

Etter en innledning der han skisserer feltet og begrunner bokens plan og struktur, går han i kapittel 2 løs på oppgaven med å definere psykoterapi og beskrive de forskjellige teoretiske orienteringer, inkludert deres overordnede anskuelser og verdier (grundmetaforer). Han skjelner mellom psykoterapi som behandling, sosial påvirkning, pedagogisk innlæring, medmenneskelig omsorg, hjelp til selvrealisering, sjelesorg og religiøs vekkelse eller befrielse. I det neste kapitlet diskuterer han forholdet mellom forskning og praksis, hvor

det ofte, som vi vet, eksisterer en kløft av mangel på kommunikasjon, gjensidig skepsis, forskjell i terminologi (som gjør fenomenene nærmest ugjenkjennelig) osv. Han diskuterer så det såkalte »Dodo-bird verdict«, som går ut på at alle terapier er (like) effektive. Han gjennomgår så antagelsen om at det er uspesifikke faktorer som er virksomme i alle psykoterapier, men trekker også fram alternative forklaringer.

Deretter blir de forskjellige faktorene som er funnet å være av betydning i psykoterapi, både fra klinisk erfaring og i empirisk forskning, grundig og systematisk belyst og diskutert: forventningsfaktorer, det terapeutiske forhold (allianse), metoder rettet mot problematferd (særlig kognitive atferdsteknikker), emosjonenes rolle, interpersonelle aspekter og betydningen av innsikt. Avslutningsvis prøver han, i tråd med hva andre også har forsøkt, å integrere mange av de empiriske funn på et mer overordnet nivå og drøfter hvilke konsekvenser den viten vi nå har, bør få for utdanning av psykoterapeuter samt eksisterende praksis.

Boken er høyst lesverdig og kan anbefales til alle som er engasjert i psykoterapi, både klinikere og de som er interessert i systematisk forskning utover egen praksis. Dogmatikk har for lenge preget feltet både hos forskere og klinikere, noe som dels kan forstås med vårt behov for »noe å tro på«, dels med at læring er en veldig personlig ting: Vi går inn for å lære det som passer oss som personer, samtidig som det vi lærer blir en del av oss, og derfor bare møysommelig lar seg skifte ut med ny kunnskap. Man foranderer seg knapt noe særlig ved å lese en bok. Derfor burde denne boken (eller deler av den) være en del av litteraturlisten ved alle utdanningsinstitusjoner i psykoterapi og bli gjenstand for diskusjon på seminarer, kurser og lignende.

MEDDELELSER

Institut for Gruppeanalyse, København – IGA

Den 3-årige UDDANNELSE I GRUPPEANALYTISK PSYKOTERAPI optager nye uddannelsessøgende januar 2001.

Ansøgningsfrist d. 15.9.00.

Yderligere oplysninger samt ansøgningsskema får ved henvendelse på tlf. 4342 5065.

FORFATTERE

STIG POULSEN, cand.psych., Ph.D., adjunkt på Institut for Psykologi, Københavns Universitet

CLAUS HAUGAARD JACOBSEN, klinisk psykolog, forskningsadjunkt, specialist og supervisor i psykoterapi, Aalborg Universitet.

HANNE STUBBE TEGLBJÆRG, 1. reservelæge, Psykiatrisk hospital i Ris-skov, afd. C.

BENT JØRGENSEN, cand.psych., lektor på Københavns Universitet. Fra 1/8-2000 rektor på Skovtofte Socialpædagogiske Seminarium.

SØREN KALTOFT, praktiserende læge og gruppeterapeut, Holbæk.

PETER GOTTLIEB, overlæge, OPUS, Psykiatrisk afd., Bispebjerg Hospital.

STEINAR LORENTZEN, forskningsstipendiat, privatpraktiserende psykiater, Oslo.

IPP – Institut for Psykoanalytisk Psykoterapi

UDDANNELSE I PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI

Ved Institut for Psykoanalytisk Psykoterapi påbegyndes i februar 2001 et nyt 3-årigt uddannelsesforløb.

Uddannelsen omfatter 3 års egenterapi (x 2 ugtl.), 3 års systematiske teoretiske seminarer samt supervision af 2 terapier. Uddannelsen afsluttes med udfærdigelse af et essay, samt udstedelse af diplom.

Alle lærere og terapeuter er tilknyttet Dansk Psykoanalytisk Selskab og dermed det Internationale Psykoanalytiske Selskab (IPA).

Lærerstaben består aktuelt af:

Psykologer:

Lis Frellesvig

Anna Jøhnk

Susanne Lunn

Mette Møller

Marie-Ange Wagtmann

Søren Aagaard

Speciallæger i psykiatri:

Margit Grønne Jørgensen

Merete Katznelson

Hans Kofoed-Nielsen

Martin Lotz

Otto Nyeberg

Uddannelsen er godkendt af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Uddannelsen er godkendt af Dansk Psykolog Forening under forudsætning af, at underviserne individuelt er godkendt af foreningen. Psykologers uddannelsesforløb vil blive varetaget af lærere med Dansk Psykolog Forenings specialistgodkendelse i psykoterapi og supervision.

Udgiftsomfang:

Egenterapi: ca. 36.000 kr. årligt

Supervision: ca. 9000 kr. årligt

Teoretiske seminarer: ca. 7000 kr. årligt

Uddannelsen kan søges af læger og psykologer ved at indsende ansøgningsskema til nedenstående adresse, hvorfra ansøgningsskemaer ligeledes kan rekvireres:

Institut for Psykoanalytisk Psykoterapi, sekretariatet
Annettevej 4, 2920 Charlottenlund. Tlf. 39640233, fax. 39640276.

Yderligere oplysninger om uddannelsesprogrammet, betalingsvilkår o.lign. kan fås ved henvendelse til Instituttets formand:

Mette Møller, Peblinge Dossering, 14, 2th. 2200 Kbh. N. tlf. 35399767

Ansøgningsfrist: 1.10.2000.