

Gruppeanalytisk Psykoterapi med Skizofrene

*Manual for den gruppeanalytiske behandling af skizofrene i gruppe ydet som
intervention i forbindelse med det nationale Skizofreniprojekt*

af

Matilde Lajer & Kristian Valbak



August 2005

Final version

Forord

Denne manual er blevet til på opfordring af styregruppen i Det Nationale Skizofreniprojekt.

Det Nationale Skizofreniprojekt har støttende psykoanalytisk gruppeterapi som en af de undersøgte interventionsformer.

Herværende manual danner basis for denne behandling og tager udgangspunkt i retningslinier afstukket ved et seminar om gruppeterapi af skizofrene, afholdt på Psykiatrisk Hospital i Århus, januar 1998.

Når man vil forsøge at forstå, hvordan udviklingen i gruppeterapeutisk behandling af skizofrene er sket, er det hjælpsomt at se på udviklingen i behandlingen af skizofreni i det hele taget, fra den langvarige institutionsanbringelse af patienterne, over den psykofarmakologiske revolutionering af behandlingen, til deinstitutionaliseringen med kortvarige indlæggelser og socialpsykiatriske tiltag.

Det er desuden en kendt sag, at presset mod hospitalerne og de psykiatriske afdelinger for at afkorte indlæggelserne ikke i tilstrækkelig grad er blevet modsvaret af resocialiseringstilbud og boliger til de skizofrene patienter. Der kan med fordel gøres mere brug af gruppeterapi i et forsøg på at danne netværk eller hjælpe med resocialiseringen.

Det er vanskeligt at sige noget om gruppebehandling af skizofrene entydigt og generelt, idet behandlingen netop vil være forskellig, afhængig af i hvilken kontekst, behandlingen ydes og i hvilken fase af sygdommen den iværksættes.

Denne manual retter sig mod ambulante grupper af især nydebuterede skizofrene. Det er vores håb at den kan være til hjælp for de terapeuter, der giver sig i kast med det vanskelige arbejde med gruppeterapi med skizofrene.

Overlæge Birgitte Grønvall og 1. reservelæge Jette Rask Nielsen har givet frugtbare kommentarer til manualen og 1. Reservelæge Kjersti Lien har resumeret en række tysksprogede artikler om grupper og skizofrene. Endvidere har kollegerne på Psykoterapeutisk afdeling bidraget gennem løbende diskussioner af manualen.

Eksemplarer af manualen kan downloades fra IGA-Aarhus' hjemmeside.

Kopiering er tilladt.

Matilde Lajer & Kristian Valbak

Risskov, august 2001.

Psykoterapeutisk afdeling E

Reference til:

Matilde Lajer / Kristian Valbak
og Det Nationale Skizofreniprojekt

Indholdsfortegnelse

Indledning	4
Hvad er skizofreni?	4
Hvad er grupper?	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Hvordan bruges grupper i behandlingen af skizofrene?	5
Integreret skizofrenibehandling og grupper.	6
Gruppeteorier.....	7
Analytisk gruppeterapi	8
Sociale netværk	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Støtte og gruppeanalyse.....	11
Publicerede undersøgelser om effekt.....	13
Udviklingen af gruppeterapi på psykiatriske afdelinger.....	14
Ambulant gruppeterapi med skizofrene.....	18
Selektion og forberedelse til ambulant gruppe	21
Forundersøgelse til gruppe.....	23
Gruppens rammer.	26
Tid og sted:.....	26
I gruppen	27
Terapeuterne	27
Medicin og gruppeterapi.	28
Terapeutisk teknik og metode.....	29
Terapeutiske redskaber.	29
1) Den positive overføring	30
2) Den korrektive emotionelle erfaring	31
3) Det edukative aspekt.....	32
4) Strukturering.....	34
5) Udviklingen af affektolerance.....	36
6) Mening i tidligere fejltrin eller svigt	37
7) Uddybning af tema	37
8) Kontrolleret narrativ.....	38
9) Metaforer.....	39

10) Modelscene	40
Terapeutens motiver	40
Terapeutens stil	42
Terapeutens opgaver	42
Typiske beskyttelsesmønstre.....	47
Supervision	54
Coterapi.....	55
Journaloptegnelser	56
Gruppeterapi i Det Nationale Skizofreniprojekt	56
Referencer	58
Appendiks 1: Forskelle på ambulante terapigrupper og grupper drevet på hospitalsafdelinger	63
Appendiks 2: Jeg-Funktioner	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Appendiks 3: Terapeutens opgaver	64
Appendiks 4: Vanskeligheder for den skizofrene	65

Indledning

Hvad er skizofreni?

Der er ikke nogen klar afgrænsning af skizofreni, men vore diagnostiske systemer har gjort en kvantitativ afgrænsning mellem skizofreni og ikke skizofreni. Nogle gennemgående træk hos personer med skizofreni er vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser, men selv om der ikke er sådanne åbenbare symptomer, kan desperationen under overfladen være betydningsfuld at forstå hvis terapi skal lykkes. Skizofrene er karakteriseret ved kronisk sårbarhed for psykotiske sammenbrud eller alvorlig mental eller følelsesmæssig svækkelse. De kan bruge så meget energi på at kæmpe mod eksistentiel rædsel, at der ikke er mere tilbage til at tjene almindelig realitetstestning. De er plaget af en manglende indre differentiering og en manglende differentiering mellem ydre og indre, mellem selv og andre. De har en helt basal mangel på tillid til at kunne bruge andres erfaringer og antagelser om verden, så de må klare sig med deres egen private. Denne enorme angst må de forsvare sig imod med for eksempel tilbagetrækning, benægtelse, omnipotent kontrol, primitiv idealisering, primitiv devaluering, primitiv projektion og introjektion, splitting og dissociation. Forsvarerne beskytter mod en så overvældende rædsel at selv den skræmmende psykotiske forvrængning som forsvaret betyder, er et mindre onde (McWilliams 1994).

Personer med skizofreni slås med helt primære eksistentielle konflikter mellem liv eller død, eksistens og opløsning, sikkerhed og terror. Hvis der er stor indre kaos og usikkerhed om hvem de selv er eller om de overhovedet eksisterer, kan de være nødt til at bruge så meget energi på at holde sammen på sig selv, at indtryk fra omgivelserne bliver brudte og usammenhængende med flere muligheder for fejltolkninger. De har oftest store vanskeligheder med deres identitet, så meget så de ikke er helt sikre på de eksisterer og endnu mindre sikre på deres eksistens er tilfredsstillende. De kæmper ofte med helt basale temaer som krop, alder, køn og seksuel orientering. "Hvordan ved jeg hvem jeg er?", "Hvordan ved jeg, jeg eksisterer?" er ikke usædvanlige og skræmmende alvorlige spørgsmål fra en psykotisk person. På samme måde som de har svært ved at erfare en sammenhæng og kontinuitet i dem selv, kan de ikke erfare andre har det. Hvis man beder dem beskrive andre mennesker, som er vigtige i deres liv, tenderer de til at give en vag, tangentiell, konkret eller forvrænget beskrivelse. Der er en følelse af, at de ikke er forankret i virkeligheden.

Det kan tage en psykotisk organiseret person mange år at ændre overbevisningen: "Onde mennesker vil dræbe mig, fordi de hader min livsstil" til "Jeg føler mig skyldig over nogle sider i mit liv", altså få en mindre forvrænget opfattelse af verden ved at give afkald på primitiv projektion tillid til et eller nogle medmennesker. De har et stort besvær med at træde ud af sig selv og betragte deres psykologiske vanskeligheder. De har også svært ved at abstrahere og forstå symboler og metaforer.

En patient blev spurgt om hun forstod ordsproget "En spurv i hånden er bedre end ti på taget". Hun fortalte stolt, at hun vidste hvad det betød. Hun havde nemlig spurgt sig for, fordi hun flere gange havde nemlig flere fået spørgsmålet uden at kunne svare. Men hun forstod det ikke, da man spurgte ind. Hun memorerede bare det en anden havde fortalt hende. En sådan pseudosocialisering eller forsøg på at

være en god patient er ikke sjældnen, og som behandler bør man være opmærksom på det, når man stiller standardiserede spørgsmål.

I familier, hvor personer med skizofreni er vokset op, ser man nogen gange en meget subtil kommunikation, hvor barnet ikke har plads som et selvstændigt væsen, men fungerer som en forlængelse af en anden. Hos personer med skizofreni kan man ofte møde denne dybe mangel på overbevisning om, at de har ret til et selvstændigt liv, eller ret til et liv overhovedet.

Samtidig med denne dybe angst for deres egen eksistens, som hindrer dem i et realistisk og konstant forhold til andre, længes de desperat efter menneskelig relation. De håber på, at nogen kan lette deres elendighed. De er dybt taknemmelige og skaber ofte en positiv modoverføring i terapeuten med beskyttertrang, empati og omnipotente træk. Men de er meget følsomme overfor terapeutens angst eller uærlighed. De kan opleves vidunderlige i deres tillid, men skræmmende i deres behov. På grund af disse forhold er et gennemgående træk hos personer med skizofreni så også deres vanskelighed med at opbygge og vedligeholde kontakt.

Grupper og patienter med skizofreni.

Der er god grund til at arbejde med patienter med skizofreni i grupper, som er velegnede til at opbygge og vedligeholde kontakt. Den skizofrene lidendes reaktion på kontaktsværligheden er ofte at marginalisere sig i gruppen, eller at andre i gruppen marginaliserer den skizofrene, fordi det er vanskeligt at relatere sig til ham/hende. Det synes at være et centralt element i den skizofrene lidelse, at der mangler en evne til at danne og opretholde - måske udholde - givende relationer til andre mennesker. Den skizofrene oplever en stærk angst for at blive opslugt eller tilintetgjort ved en tæt kontakt med andre; men grundlæggende bevarer den skizofrene dog også ønsket om en kontakt til realiteternes verden, hvorfra en anden forståelse og mening, end den som findes i den skizofrenes egen fantasiverden, skal komme. Mennesket er et gruppevæsen. Vi er født ind i en gruppe og gennem det meste af livet, opholder vi os i grupper, først og fremmest naturligvis familien, dels den oprindelige og senere den, vi selv skaber. Den skizofrene har det oftere end andre vanskeligt med den første og må på grund af sygdommen ofte afstå fra den anden. Når forældrene dør eller på anden måde falder fra, er den skizofrene ofte overladt til en tilværelse alene og til ensomhed, fraset nogle få ofte professionelle kontakter eller kontakter til andre patienter, som mødes f.eks. under indlæggelse.

Vi kan bremse eller tilbagetvinge denne isolationsproces ved at hjælpe den skizofrene til at kunne begå sig i en gruppe, f.eks. ved i gruppen at give patienterne mulighed for, at forholde sig bedre til følelser, som de oplever i forholdet til andre i og udenfor gruppen.

Grupper i behandlingen af personer med skizofreni.

I den daglige psykiatriske behandling er grupperne til stede både i afdelingen og udenfor. Men bevidstheden om hvordan grupper virker er for ofte mangelfuld i det daglige psykiatriske arbejde, ligesom den bevidste anvendelse af grupper som behandlingsredskab. I afdelingen gælder det både de små grupper og de store fællesmøder. Ambulante behandlingsgrupper for skizofrene er langt fra et almindeligt tilbud i psykiatrien. Årsagerne kan være mange: Gruppen er et potent redskab og det kræver

viden og uddannelse at bruge gruppen konstruktivt og at undgå gruppen bliver destruktiv, dette kan undervurderes og gruppen derfor blive så vanskelig at den opgives. Hvis de, der skal initiere og lede gruppen er usikre, kan det være svært at hjælpe patienten med at overkomme deres ønske om at have en behandler for sig selv. Men udover uddannelse og erfaring, er vi måske bange for den langvarige belastning, det er at være terapeut. Vi kan også vige tilbage for frustrationen og følelsen af meningsløshed eller det møjsommelige arbejde, det er at skabe fremskridt. Som Ann Louise Silver har udtrykt det: Simpeltthen at holde kaos og følelserne ud (Silver, 1997).

Gruppeformatet er fleksibelt og alsidigt. Gruppeterapi kan anvendes til alle slags skizofrene patienter, til alle institutioner og til mange terapeutiske formål.

En bred vifte af gruppeterapimetoder har været taget i anvendelse i behandlingen af skizofreni. Viften strækker sig fra indsigtsorienteret, psykodynamisk psykoterapi (eller gruppeanalyse), over interaktionel og supportativ terapi, til oplæring og træning i kommunikation og relation (socialisering) og sociale færdigheder.

Gruppeformatet bruges både til patienter og til deres familier, såvel i hospitalssammenhæng, som i selvhjælpsorganisationer.

Alle institutionelle former for behandling, hvad enten det drejer sig om korte, middel eller langvarige hospitaliseringer, daghospital eller distriktspsykiatriske centre samt dele af socialpsykiatrien benytter gruppeformatet.

Flere gruppeterapeuter (Kibel, Yalom) mener at selv om gruppeterapi i afdelinger er hyppigt praktiseret, sker det sjældent med den viden og omhu, der skal til for en så kompliceret form for behandling. På de fleste hospitaler bliver gruppen ledet af de klinikere, som har den mindste træning eller en reservelæge under uddannelse, eller det bliver anset for sygeplejerskeopgave uden at de tilbydes tilstrækkelig træning hertil og oftest uden adækvat supervision. Under de omstændigheder kan dramatiske og ukontrollerede former for terapi finde sted, og terapien kan virke modsat sin hensigt.

Til en vis grad er den sværeste del af sygdomsprocessen og indlæggelsen - som med tiden bliver kortere og kortere - sammenfaldende. Hvis en gruppeterapeutisk behandling iværksættes på dette tidspunkt, vil der være en tendens til, at det sker i afdelingsgrupper af relativ kort varighed og med et ret stort patientgennemtræk.

Der er ingen tvivl om, at dette forhold kompromitterer mulighederne for udvikling af en tryk ramme og et gruppesammenhold, sammenlignet med den ambulante, langvarige gruppeanalytiske behandling. Det præger sandsynligvis også personalets opfattelse af grupper med skizofrene som vanskelige at etablere i det hele taget. På den anden side foreligger der megen dokumentation for, at afdelingsgruppeterapier, som er indrettet på en kort tidsramme, som er lagt an på direkte støtte og på her-og-nu, og som formidler struktur, har effekt på recidivfrekvens, social evne, compliance og relationsformåen.

Integreret skizofrenibehandling og grupper.

I løbet af de sidste 25 år har vi været vidne til mange ret vellykkede forsøg på at integrere forskellige

elementer i behandlingen af personer med skizofrene psykoser. Der er kommet en større erkendelse af at biologisk behandling ikke kan stå alene og at psykologisk heller ikke kan (McGlashan 1983).

Antipsykotica kan dæmpe katastrofeangsten så meget at psykologisk behandling kan finde sted og bedre tilstanden. I alle guidelines for behandling af skizofrene indgår således både medikamentel og psykologisk behandling.

Selv fortrinsvis biologisk orienterede behandlere af personer med skizofreni kombinerer medikamentel behandling med psykologisk behandling i form af psykoedukativ, cognitiv, støttende og interpersonel terapi, hvor problemer afklares og dybere konflikter bearbejdes. Dette sker bl.a. for at patienter og pårørende kan opdage og forhindre tilbagefald.

Denne udvikling med integreret behandling har vi set i de skandinaviske lande, især i Finland, men i stigende grad også i Danmark gennem de seneste år. I referenceprogrammet for skizofreni fra 2004 anbefales social træning i grupper med væsentlig evidens.

Gruppeterapi spiller en central rolle som krumtap i megen skizofrenibehandling (Fleck og Johnson 1981). I kombination med individuel- eller familierapi, medikamentel behandling og rehabilitering virker den synergistisk og forøger derved effekten af de samlede behandlingselementer. Flere steder er medikamentel behandling kombineret med gruppebehandling blevet anvendt, som en kombination af rationalisering i opfølgning af medicinerede skizofrene patienter og en social træning i at være sammen (Rodenhauser og Stone 1993).

I moderne miljøterapeutisk behandling af psykiatriske patienter på de psykiatriske afdelinger indgår der altid terapeutiske elementer i forskellige former for grupper: Informationsgrupper, fællesmøde, patientråd /-møder, undervisningsgrupper, psykoeducative grupper, samtalegrupper og terapigrupper.

Gruppeteorier

Skizofrenigrupper skal - måske i højere grad end andre grupper - indrettes med et fleksibelt format og med en afpasset intervention afhængig af, hvor regredierede patienterne er.

De interaktioner, som er gunstige i begyndelsen af gruppens liv, kan senere alternere med andre interventionsformer af mere analytisk natur. Ovenstående figur søger at skitsere dette forhold.

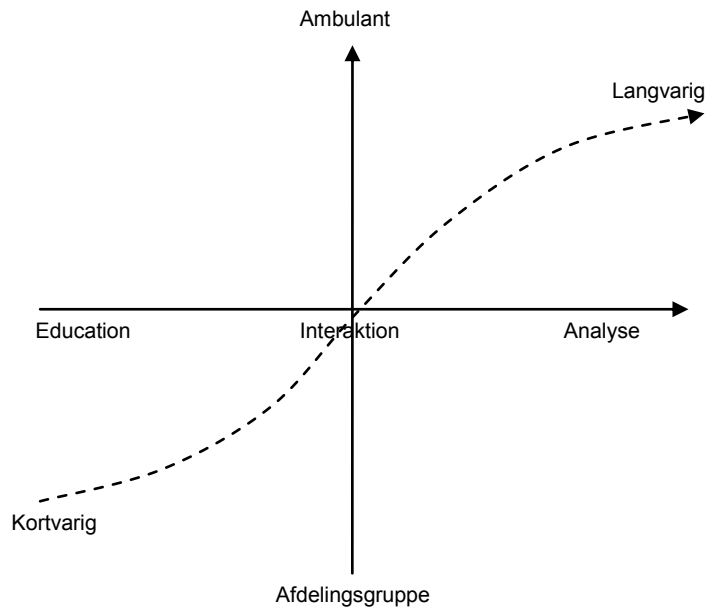


Figure 1. Udvikling i skizofrenigruppe over tid

Analytisk gruppeterapi

Schermer og Pines skelner i bogen "Group Psychotherapy of the Psychoses" (1999) mellem 5 delvis overlappende modifikationer af analytisk orienteret gruppepsykoterapi til personer med skizofreni:

- 1) Vægt på det **egostøttende/problemløsende/edukative**, som bl.a. Blanck og Blanck (1974), samt Kennedy m. fl. fra Menninger klinikken står for. Her vægtes en hjælp til at bære at være psykisk syg, en styrkelse af alliancen med patientens raske ego, altså den ikke psykotiske del, hvor gruppen måske fokuserer mere på at bedre tilstanden, at undgå psykotiske regressioner, at hjælpe patienterne til bedre at håndtere deres sygdom end at være egentlig vækstorienteret. De egostøttende tolkninger har til hensigt at styrke individets stærke sider og sunde forsvarsmekanismer frem for at overkomme forsvar og øge indsigt dybden mhp mutative ændringer som følge af indsigt. Det edukative er et vigtigt element f. eks. til støtte til at skelne mellem hvad der er psykotisk og hvad der ikke er.
- 2) **Interpersonel/interaktiv/rationel gruppepsykoterapi**, som selvpsykologien og Grotsteins teori om "The black hole" giver grundlag for og som Wolf (1988) og Della Badia argumenterer for. Fokus er på relationerne i gruppen i "her og nu", som terapeuten fremhæver for det vertikale historiske. De interpersonelle relationer er vigtige og sårbare, når patienterne skal opnå at kunne meddele sig, engagere sig, have tillid, føle sig sikker, have grænser, få omsorg, være emotionelt til stede hele tiden og værges sig mod "tilintetgørelses angst" eller det Grotstein(1990) kalder "the black hole". Metoden baseres primært på relation, hvilket vil sige at terapeuten skal være en engageret aktiv kraft, som sætter alliancen/relationen over specifik tolkning og indsigt. Målet er at etablere tilknytninger, kontakter og forbindelser, som kan mindske splitting, fremme bånd mellem

gruppemedlemmer og fremme forbindelser mellem adskilte fragmenterede spredte tanker og at integrere følelser med tankerne bag dem,

- 3) Den **psykoanalytiske/psykodynamiske rekonstruktive tilnærmelse**, som ikke bruges i sin rene form, men i passende doseringer af både terapeuter i UK (Le Fevre), i Jerusalem (Schneider og Chazan), på Menninger klinikken (Kennedy og Takahashi) samt i Jugoslavien (Urlic). Metoden er i passende doser at afdække og gennemarbejde patologiske traumer, objekt relationer, forsvar og primitive fantasier i modsætning til de behandlinger, der prøver at undertrykke dem med mere struktur og støtte til det sunde ego. Ingen vil dog fremme ret megen regression, men en selektiv analyse af overføringen kan f. eks. føre til en mere moden relation og et mere modent individ.
- 4) **Gruppenanalytisk "group as a whole"** tilgang, hvor der fokuseres på at terapeuten mere optræder som "conductor", som arbejder hen mod at gruppen i sig selv bliver det kurative middel. En forudsætning for at en gruppe med psykotiske personer, med skrøbelige egostrukturer, med tendens til regression, ustabile symptomer og livsstil og med rudimentære socialiseringsprocesser kan blive terapeutisk, er dog at terapeuten er aktiv, direktiv og støttende samt yder passende struktur og grænsesætning. Dette kan gøres med engagement, temavalg, empati, strukturerede opgaver og kognitive fremhævelser for at varetage en god sammenhængskraft i gruppen og et godt gruppeklime. Til en vis grad kan analytiske interventioner som tolkning bruges strukturerende. Denne model advokeres af f. eks. Resnik og Skolnick.
- 5) Den **integrative**, som Kanas står for, har hentet elementer fra flere andre modeller. Som i den analytiske model er der ikke nogen fast struktur på møderne, men der er vigtige educative elementer, som retter sig imod at hjælpe patienterne til at forholde sig til deres psykotiske symptomer, til deres hallucinationer og vrangforestillinger og til realiteter. Desuden er et mål med behandlingen at kunne lære patienterne måder at forbedre relationerne på, gennem diskussion med de andre og gennem observationer af de andre i gruppen.

Kapur (1999) sammenholder resultaterne af en række forskellige forskningsprojekter og resumerer de vigtigste forskningsfund vedrørende metode til at anbefale, at man generelt taler empatisk og støttende, og til at man til tider taler om gruppens følelsesmæssige og stemningsmæssige tilstand. Man må forvente betragtelig modstand i gruppen mod at acceptere denne interventionsstil. Denne modstand kan dog ændres over tid, så man må ikke lade kraften af den negative respons drive en til at benytte unødigt straffende eller konfronterende teknik. Psykotiske patienter vil værdsætte anstrengelserne for at få dem til at føle sig accepteret samtidig med at de hjælpes med at undersøge virkningen af deres sygdom på deres liv som mennesker.

Disse mennesker har mistet meget af deres evne til sex og kærlighed som en del af deres indhold i livet, og ønsker at tale om det med terapeuten og i gruppen. Man må være så forudsigelig og pålidelig som muligt med disse grupper, og være klar over, man kan komme under et enormt pres til at gøre gengæld eller give op. Det kan være en hjælp at tilbyde en fast struktur til disse grupper, selv om nogle patienter vil værdsætte mangel på struktur, så de kan frigøre deres psykotiske angst og dermed lette den byrde, de

bærer i deres sind. Med disse guidelines tyder forskningen på at gruppeterapi er hensigtsmæssig som en del af det integrerede behandlingstilbud.

Yalom's (1985) form for gruppeterapi, er dels baseret på interpersonel teori, dels på opfattelsen af gruppen som et fortættet socialt univers, der primært er egnet til at arbejde med patienternes reaktionsmønstre, således som de viser sig her-og-nu i selve gruppesessionen. Målet er således ikke umiddelbart at løse patienternes problemer uden for gruppen, men at hjælpe gruppens medlemmer til at lære mest muligt om den måde, de relaterer sig til hinanden på, ved at lære hvordan de opleves af andre, hvad de gør ved andre, hvorfor de mon gør det ved andre, som de gør og endelig en nyvunden indsigt i hele denne reaktionsmåde.

Her overfor står den gruppeanalytiske metode, som anvender den fritflydende samtale. Derved opstår muligheden for ikke blot at arbejde med individet og dets reaktionsmønstre, men også for at forstå og arbejde med interaktionsprocesser i gruppen. Den angst, spænding og affekt, som den enkelte er opfyldt af, flyder ud i gruppens rum og kommer til at præge matrix. Dette indgår som en del af terapeutens refleksion, uden at det nødvendigvis betyder, at terapeuten direkte tolker på overføringsfænomener og ubevidste fantasier. Der er således stadig tale om en støttende form for gruppeterapi.

Gruppenanalysens grundlægger den engelske psykiater Sigmund Foulkes (1964) har leveret et af de mest grundliggende begreber indenfor gruppeanalysen, nemlig "matrix". Foulkes skrev: "Matrix er det hypotetiske væv af kommunikation og relationer i en given gruppe. Det er den fælles delte grund, som i sidste ende giver alle begivenheder mening og betydning, og som al kommunikation og fortolkning, verbal og non-verbal, hviler på".

Howard Kibel, som repræsenterer en dynamisk tradition indenfor gruppeterapi, ser terapigruppen som et sted, hvor spændinger i behandlergruppen og mellem patienterne med de dertil hørende forvrængede opfattelser, dramatiseres. Kibel's erfaringer er, at skizofrene patienter, når den helt akutte regressive fase er ovre, kan behandles i grupper med 6-8 personer. Kibel mener, at patienterne i en gruppe oplever terapeuten anderledes end i en individuel terapi, hvor terapeuten bliver modtager af både omnipotente og sadistiske projektioner. Patienten efterlades med en følelse af at være et hjælpeløst barn, hvis identitet tabes i objektet. Det sker ikke i så høj grad i gruppen, hvor gensidig støtte tillader en forening af deres forskellige selv-billeder. Denne proces synes at reducere ængstelige holdninger overfor terapeuten.

Teknisk set mener Kibel, at det hovedsageligt drejer sig om, at levere "klarificerende fortolkninger" af, hvorledes indholdet i sessionerne reflekterer dynamikker i miljøet. Kibel bruger udtrykket "klarificerende tolkninger" for at lade os forstå, at interventionerne er rettet mod uddybning af både bevidst og ubevidst materiale. Desuden mener Kibel, at alle hovedinterventioner skal rettes mod gruppen som helhed.

Rationalet bag gruppeintervention er blandt andet fremstillet af Scheidlinger (1974). Når patienterne relaterer sig til gruppen som helhed, sker der en primitiv identifikation svarende til en tidlig objekttilknytning. Når gruppen opfattes som positiv og venlig, fungerer den som en godartet kilde til omsorg og behovstilfredsstillelse, hvorpå det er mere sikkert at eksponere konfliktfyldte interne relationer. Dette

medfører, at de enkelte i gruppen ses som et register af mest fjendtlige frygtindgydende holdninger, men i grunden ambivalente holdninger. Denne dikotomi er så til rådighed, som en terapeutisk mulighed for splitting (Kibel, 1987).

Udvikling af samhørighed og terapeutisk alliance fremmes bl.a. ved at fokusere på fælles bekymringer indenfor eller udenfor gruppen ved gruppeklarifikationer rettet mod gruppen som helhed. Oplevelse af gensidighed i gruppen binder deres adskilte "gode" selvbilleder sammen til en støttende enhed. Dette er rationalet bag en relativ gruppecentreret teknik (Kibel, 1987)

Støtte og gruppeanalyse

I gruppeanalytisk psykoterapi består behandlingen i at sammenkæde indre og ydre begivenheder til et meningsgivende hele.

Dette kræver en analyse - i grupper med skizofrene først og fremmest hos terapeuten i form af egne indre tolkninger.

Problemer her-og-nu, som de kommer til udtryk i gruppen, sættes undertiden i relation til begivenheder, der har fundet sted tidligere i patienternes liv, blandt andet forholdet til forældre og søskende, hvis dette kan bedre forståelsen af dem. Gruppens forståelses univers har altså foruden det horisontale niveau et vertikalt niveau.

Forholdet mellem den enkelte patient og terapeuten, mellem hele gruppen og terapeuten og gruppemedlemmerne indbyrdes, gøres til genstand for analyse med udgangspunkt i, at terapeuten og de øvrige medlemmer af gruppen udsættes for overføring og projektiv identifikation og at gruppen har reveriefunktion (Bion).

I forståelsen af gruppen, dens adfærd og terapeutens funktion indgår således *ubevidste* processer, som ikke altid benævnes eller skal gøres til genstand for analyse, men som terapeuten kan bruge i sin forståelse af, hvad der sker i gruppen.

Gruppeanalysen arbejder ikke på at opnå en konkret færdighed, men på at opnå sammenhæng for den enkelte gennem bedre kommunikation og forståelse. Det ligger i analysens natur, at søge at tilvejebringe et psykisk og interpersonelt rum, hvor fortrængte og afspaltede dele kan komme til syne og reintegreres. Når døren til omverdenen lukkes, etableres dette potentielle rum. Det potentielle refererer til muligheder, som ikke er realiserede, processer, som ikke er etablerede, følelser, som ikke er følt, tanker, som ikke er tænkt (Lunn, 1997).

For patienter med skizofreni er der i begyndelsen ofte slet ikke noget psykisk rum til rådighed. Med tiden kan dette terapeutiske, intra-psykiske rum skabes, hvis det er muligt at skabe et rum, hvor gruppens tanker og følelser kan være.

Ligesom, der i gruppeanalysen (Foulkes & Anthony, 1957) sættes fokus på, at gøre kommunikationen så klar som muligt, skal terapeuten i den støttende gruppeanalytiske terapi forsøge at lette kommunikationen, eller formidle mening i / til gruppen. Foruden træning i kommunikation og respons, beskæftiger gruppen sig med følelser, relationer til andre mennesker og hvorledes følelser for andre mennesker udtrykkes og udholdes.

I gruppeanalytisk psykoterapi anskues fænomener, der er i fokus, altid i relation til eller på baggrund af, hvad gruppen i øvrigt rummer, og der sker til stadighed skift mellem, hvad der er forgrund og hvad der er baggrund. I den analytiske gruppe er der ingen dagsorden. Gruppen taler om, hvad der falder den ind, i en "frit flydende diskussion". Det væsentligste, følelsesladede materiale vil altid trænge sig på og udtrykke sig ved en kommunikation til / i gruppen.

I analytisk terapi tager terapeuten en neutral, men ikke en passiv position. Det vil sige, at han eller hun ikke sætter sig personligt i centrum eller kommer med private/personlige betragtninger eller eksempler. I støttende analytisk terapi kan råd eller rollemodellering dog bringes i anvendelse, terapeuten position vil være tydeligere, og frustrerende interventioner forsøges undgået.

Støttende gruppeanalytisk psykoterapi har som sin primære opgave at styrke patienternes **egoopbygning**. Ifølge Kibels objektrelationsmodel (Kibel, 1981) benytter patienterne splitting mellem de onde og de gode selvdele og objektdele i et forsøg på at bevare det libidinøse center. I psykosen kan aggressive eller "onde" konstellationer bryde ind i det libidinøse center, fordi splittingen ikke kan opretholdes, hvilket skaber en voldsom angst med følelsen af udslettelse og tilintetgørelse. I forsøg på at redde "det gode" skaber patienten bl. a. projektioner, som måske kan skabe en midlertidig ro, men det betyder, at paranoiaen tager over. Princippet i den støttende gruppeanalytiske psykoterapi er for det første, at reetablere splittingen for at mindske kaos og angst og for at opnå en bedre organisering, end de usammenhængende, fantastiske og mere eller mindre fritsvævende selv-objektdele med gode eller onde ladninger. Det næste trin i reorganiseringen er at håndtere aggressionen på den ene side og opbygge selvverdet på den anden. Nogle (M. Jackson, 1994) mener, at en regressiv tilstand er nødvendig for at være i stand til at foretage en reorganisering (en rekonstruktiv model). Andre går ud fra at sammenhængene ikke skal rekonstrueres, men konstrueres for første gang på baggrund af en primær mangel eller defekt. Der "tolkes opad" og her er regression er ikke en forudsætning.

Reorganiseringsarbejdet indebærer såvel en afdækkende, som en mere støttende del; den sidste i form af en egostøtte, som eventuelt kan skabes i form af en midlertidig reetablering af en splitting (som det bedste forsvar). I arbejdet med at reorganisere er det vigtigt at afmystificere specielt de interne, aggressive oplevelser og klarificere hvad det medfører af forstyrret respons på realiteter i den umiddelbare omverden.

Dewald (1994) har givet en oversigt over supportative elementer i individuel terapi, som også er værd at have for øje i gruppeterapi.

De sunde / ikke-patologiske jeg-funktioner skal støttes, men samtidig er målet med den støttende gruppeanalytiske terapi - som i al anden dynamisk psykoterapi - "gradvis integration" i

modsatning til "sealing over". Det betyder, at der som et potentielt mål for terapien sættes, at patienterne ser en sammenhæng mellem tanker og følelser i løbet af psykosen og deres emotionelle konflikter før og efter den psykotiske periode, i stedet for (at være nødt til) at isolere disse tanker og følelser. Terapeuten skal styrke patientens nysgerrighed og emotionelle optagethed af at forstå de psykotiske oplevelser, i stedet for at se dem som afgrænsede, indkapslede begivenheder, som er fremmede for ham og forskellig

Oversigt over supportative elementer ved individuel terapi

1. Større fleksibilitet hvad angår terapisituationen.
2. Taktikker til at opretholde overføringen på et ubevidst niveau indebærer: Hurtig feed-back, korrektion af overføringsforvridninger så snart, de opstår, at give passende personlige oplysninger og udtryk for sin personlige mening; at give realitetsbaseret information om ændringer af rammerne for at undgå overføringsbetinget forvanskning og fantasi hos patienterne. Negativ overføring skal modarbejdes med tidlig forklaring og tolkning, og ved at undgå frustration så meget som muligt.
3. Fokus er på de emner, som allerede er bevidste.
4. Identifikation med terapeuten bliver støttet. Terapeuten skal stille sig til rådighed som en aktiv, undervisende forældrefigur, fra hvem patienterne lærer at overtage nye metoder for tilpasning.
5. Forsvar bliver respekteret, og bliver opretholdt eller endog styrket af terapeuten.
6. For både supportativ og for indsigtsgivende terapi bliver affektiv erindring, følelsesmæssige udtryk og reaktioner og genoplivelse af traumer, hjulpet frem og accepteret. I Støttende Psykoterapi (SP) bliver disse affekter forbundet til allerede bevidst materiale eller for traumernes vedkommende reageret på, på en realistisk måde.
7. Terapeuten skal forsøge at møde den enkelte patient i overensstemmelse med hans eller hendes karakterstruktur, for på den måde at undgå konfrontation eller stress.
8. I SP er det vigtigt at minimere regression eller at modvirke den.
9. I SP bliver overføringsrelationen brugt (i stedet for analyseret) til at opnå de mål, der er sat for terapien.
10. Terapeuten skal hjælpe til at reducere stressniveauet, og kan på samme tid præsentere en model for, hvordan man kan løse sådanne problemer, og på den måde fremme et identifikationsmønster.
11. Medicin betragtes som en god hjælp til at kontrollere symptomerne og til at lindre forstyrrende oplevelser.
12. Indsigt kommer i anden række.
13. Sigtet i SP er i højere grad at betragte termination som en (midlertidig) afbrydelse af den terapeutiske kontakt, og at opretholde en følelse af, at den terapeutiske alliance fortsætter, og at
14. Terapeuten fortsat har en interesse i og en tilgængelighed for patienten. Typisk kan en langvarig kontakt aftrappes langsomt for at mindske følelsen af tab.

Dewald 1994.

fra hans eget mentale liv. Endelig indebærer en gradvis integration, at patienten tager imod hjælp fra andre til at håndtere konflikter relateret til psykosen og /eller livsproblemer, og i nogen grad ser psykosen som et vigtigt aspekt i livet, som er med til at bringe patienten videre til et mere tilfredsstillende liv.

Publicerede undersøgelser om effekt.

Størstedelen af publicerede artikler rapporterer om gode resultater med gruppeterapi for skizofrene patienter. Symptomer og psykotiske oplevelser aftager, der er færre tilbagefald og hospitaliseringer, lavere doser neuroleptica er nødvendig, og patienterne udviser en øget selvbevidsthed og en større kapacitet til at etablere og opretholde sociale relationer (Donlon et al, 1973, Claghorn et al, 1974, O'Brien

1975, Battegay & von Marshall 1978 og Malm 1982).

Nick Kanas (1983) har lavet metaundersøgelser på gruppeterapiundersøgelser og finder bedre effekt af gruppeterapi, end af kontrolgrupper. For både afdelings- og ambulante grupper taget under et fandt Kanas, at 78% af de grupper der brugte en interaktionel metode, havde signifikant bedre resultater end en kontrolgruppe.

Lignende resultater er observeret med individuel psykoterapi. Imidlertid viser undersøgelser, der sammenligner de to former for terapi til skizofrene patienter, at gruppeterapierne fører til bedre socialisering, større terapeut- og patient interesse og entusiasme og færre drop-outs.

O'Brien og medarbejdere publicerede i 1972 en kontrolleret undersøgelse af et hundrede skizofrene patienter, der netop var udskrevet fra et psykiatrisk hospital. De blev tilfældigt henvist enten til individuel eller til gruppepsykoterapi. Patienterne i hver behandlingskategori blev vurderet ens med hensyn til lidelsens sværhedsgrad og prognostiske indicier. Out-come undersøgelser henholdsvis 12 og 24 måneder efter, baseret på social funktion og Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), var signifikant bedre for gruppeterapi, men genhospitaliseringshyppigheden var ikke signifikant forskellig. Forskelle hos terapeuterne kunne ikke forklare forskellene i out-come.

Donlon (1973) beskriver behandling af kronisk skizofrene patienter i en "efterbehandlings sammenhæng". Patienterne blev tilfældigt allokert til henholdsvis en gruppe fokuseret på at behandle patienterne i en socialt orienteret grupperamme. I den anden gruppe var fokus på individuel, støttende psykoterapi. Patienterne fra den første gruppe blev mere engagerede, medens den anden gruppe havde frafald og forblev socialt uengagerede.

Individuel- og gruppeterapi udelukker imidlertid ikke hinanden, de kan derimod komplementere hinanden.

Gruppeterapi på psykiatriske afdelinger

Howard Kibel (1992) har givet en historisk oversigt over udviklingen af gruppeterapi i sengeafdelinger i Nordamerika.

Ved slutningen af 1. verdenskrig etablerede en ung psykoanalytisk orienteret hospitalspsykiater Edward **Lazell** foredragsklasse for en gruppe krigsveteraner, som var blevet indlagt for skizofreni på Sct. Elisabeth hospital i Washington. Han rapporterede at gruppemetoden gav bedre socialisering, mindre frygt for terapeuten og en lille men betydningsfuld kontakt til de ellers mest regredierede patienter.

Influert af netop Lazell, brugte Cody **Marsh** få år senere en tilsvarende metode på Worcester State Hospital i Massachusetts til patienter med en bred kreds af kliniske tilstande. I begyndelsen holdt han foredrag, senere organiserede han diskussionsgrupper på afdelingerne, både for patienterne og for personalet. I hans grupper med knap 20 deltagere anvendtes gruppeaktiviteter og andre øvelser for at fremme rehabilitering og genoplæring. Marsh var af den overbevisning, at det sociale miljø var særligt vigtigt i behandlingen af patienterne og han blev på en måde forgangsmænd for det "terapeutiske samfund", som senere blev udviklet og implementeret af Maxwell Jones og Thomas Maine.

Wender var i 1926 først med at applicere psykoanalytiske begreber til den lille terapigruppe med indlagte patienter, der ikke var psykotiske.

Sullivan (1931) og hans kolleger, som drev intensiv, individuel behandling af skizofrene patienter i Baltimore-Washington området, brugte et interpersonelt koncept og involverede hospitalspersonalet i det terapeutiske arbejde.

På Menninger klinikken gjorde man i midten af trediverne de første forsøg på at anvende terapeutiske holdninger overfor patienterne som en del af behandlingen. Her blev Thomas **Main**'s ideer om, at personale og patienter skulle forenes i de terapeutiske tiltag, afprøvet i praksis. Denne terapeutiske kultur beskrev Main senere med det rammende udtryk "culture of inquiry" (Main, 1977).

Lige efter 2. verdenskrig kom der stor interesse om gruppeterapi på de psykiatriske hospitaler. **Semrad** og hans kolleger på Boston State Hospital begyndte at arbejde med kronisk psykotiske patienter. De undlod fortolkninger, men forsøgte at forstå patienternes følelsesmæssige udtryk og appellerede til "konflikt fri områder af Jeget" i deres anstrengelser for at forbedre relationsevnen. Med samme hensigt lagde **Frank** (1957) vægt på de oplevelsesmæssige faktorer i gruppen og understregede vigtigheden af gruppekohæsion ("belongingness") som støttende element i gruppen.

Herefter følger en ca. 10 års periode, hvor håb og lid blev sat til virkningen af de nye psykofarmaka og hvor gruppeterapeuter ikke havde den store indvirkning på hospitalsbehandlingen.

Lieberman, Lewin, Durkin og Rice gjorde ifølge Kibel i denne periode især erfaringer med ambulante patienter eller med ikke kliniske populationer. Mange f.eks. Frank opgav den psykoanalytiske model, fordi han syntes den ofte kun hævede angsten til et niveau, hvor det hæmmede terapien og dermed ikke bedrede relationen.

I 1983 publicerede **Yalom** sin bog om gruppeterapi for indlagte patienter. Han forfægtede her sin metode med "here-and-now interpersonal learning". Yalom opfatter gruppen som et fortættet socialt univers, der primært er egnet til at arbejde med patienternes reaktionsmønstre, som de viser sig i gruppesessionen. Målet er således ikke umiddelbart at løse patienternes problemer udenfor gruppen, men at hjælpe gruppens medlemmer til at lære mest mulig om den måde, de relaterer sig til hinanden på. Han foretrækker strukturerede gruppesessioner, hvor terapeuten f.eks. redegør for gruppens hensigt, og hvor hver problemstilling i hver session så vidt muligt "arbejdes færdig". Med denne angstdæmpende metode viste undersøgelser (Yalom 1983) at han kunne bedre de sociale færdigheder, relationsevnen og tilbøjeligheden til at følge efterbehandlingen, så tilbagefaldshyppigheden mindskedes. Yalom er blevet kritiseret bl.a. af Kibel for at udelukke enhver betragtning om miljø, oprindelse og nuværende livstemaer og for metodemæssigt at være utilitaristisk og ikke-analytisk.

Rice og Rutan (1991) repræsenterer en i forhold til Yalom mere analytisk metode. De opererer med overføring og modstand og tager generiske faktorer med i betragtning. Deres formål er ikke kun at bedre funktionsområder, men at øge patienternes evne til at opnå det de ønsker og behøver i deres relationer, eller en mere udvidet relationsformåen.

Rice mener, at afdelingsgruppen så at sige kan "uddanne" patienten til at tåle frustrationen i den ambulante gruppe. Nogle steder kan der etableres et format, hvor patienterne kan fortsætte i afdelingsgruppen, efter de bliver udskrevet. Således kan en afdelingsgruppe bestå af både indlagte og

ambulante patienter. Det er vigtigt, at vurdere patienterne i forhold til en konkret gruppe og et bestemt gruppeformat. Man kunne tale om **niveau 1** (svarende til svært regredierede patienter, der nylig er indlagt, eller patienter der fungerer på prægruppe niveau), om **niveau 2** (svarende til patienter der er ved at komme sig, ikke er akut til fare for sig selv eller andre, ikke så ofte er aktiv psykotiske, måske fraset den svært paranoide patient) og **niveau 3** (svarende til indlagte patienter, der skal udskrives eller patienter der fortsat er i gruppe efter udskrivelse). Det er deres indtryk, at afdelingsgrupper med svært disintegrerede patienter har fordel af et format med færre (4-6) patienter i gruppen.

Yalom (1983) understreger også denne skelnen imellem, hvad han kalder high-level og low-level grupper blandt afdelingsgrupper. Essensen er at de fleste anbefaler at grupperne sammensættes af patienter med nogenlunde samme egofunktionsniveau. Jo mere heterogene grupperne er, jo mere uddannelse og træning kræver det at lede grupperne. Dette gælder selvsagt også grupper udenfor afdelingerne.

Brabender (1985) fra Philadelphia har eksperimenteret med et mere analytisk præget gruppeformat for en lukket, korttids (8 gange) gruppepsykoterapi med indlagte, udvalgte og "mest affektive" patienter. Terapeuternes primære mål var at fremme patienternes opmærksomhed på deres dysfunktionelle interpersonelle adfærd og på konflikter, som ligger til grund for denne adfærd. Terapeuten forsøgte at nå dette mål ved at lette gruppens arbejde med at løse gruppens konflikter i følgende fire faser, som gruppen gennemgår: 1. Etablering af tillid, 2. Dependens i forhold til autoritetsfigurer, 3. Konflikter i søskendelige relationer og 4. Afslutningsfasen, hvor gruppemedlemmerne undersøgte følelser relateret til accept af tab. Brabenders udviklingsmodel er værdifuld fordi de beskrevne faser formentlig ses i alle grupper.

Nick Kanas har i flere af sine artikler beskæftiget sig med at beskrive formater, der er velegnede for akut psykotiske i gruppe på hospitalsafdelinger.

I en artikel fra 1983 advokerer **Kanas** stærkt for en homogen gruppesammensætning. De beskrevne grupper er indrettet til en gennemsnitsindlæggelsestid på 3 uger og næsten alle patienterne er mænd. Formatet af gruppen er én time tre gange ugentligt. Patienterne får forklaret reglerne i gruppen: Man skal blive hele sessionen, man må ikke slå de andre patienter og man må ikke beskadige møblerne! Alle patienterne i grupperne er hallucinerede, har vrangforestillinger eller er tankeforstyrrede. Den generelle terapeutiske holdning er aktiv, støttende og orienteret mod at hjælpe patienterne med at teste realiteten. Terapeuterne opmuntrer patienterne til at lufte og sætte ord på følelser, imødekommer i nogen grad patienternes behov, giver råd og opbygger tillid. 13 af 22 paranoide skizofrene patienter vurderede gruppen (med gennemsnitlig 9 sessioner) meget udbytterig, 8 "noget hjælpsom", én fandt den tidsrøvende; ingen syntes den var skadelig.

I Europa blev udviklingen af gruppeterapi, på samme måde som individuel psykoterapi, præget af nazismens indflydelse i mellemkrigsårene og under 2.verdenskrig. Mange aktive psykoterapeuter mistede livet eller flygtede til USA eller England. Dette samt det større pres fra de amerikanske forsikringselskaber om evidens for behandlingens virkning og dermed et pres mod terapeuterne om at opgive beskyttelsen af det terapeutiske rum - for undersøgelsesinstrumenter som spørgeskemaer og videoptagelser - har betydet, at der er publiceret mere om gruppeterapi fra USA end fra Europa.

Battegay er blevet refereret for (Rice og Rutan 1991) at grupper i psykiatriske afdelinger var i gang mange steder, men forsvandt med Nazismens fremstød. I Schweiz fortsatte gruppeterapi i de

psykiatriske afdelinger dog under krigen og Bategay selv begyndte gruppeterapi for indlagte i begyndelsen af 50'erne efter at **Bion og Foulkes** var begyndt på Northfield Military Hospital med deres første gruppeerfaringer. **Cox** (1988) havde helt specielle betingelser, som gruppeanalytiker i Broadmoore fængslet. Her behandlede han bl. a. mange retspsykiatriske patienter, som var dømt til behandling. Disse forhold gav grupperne en mulighed for langvarig stabilitet.

På tysk foreligger sporadiske forholdsvis ældre artikler af deskriptiv karakter vedrørende gruppeterapi af skizofrene i afdelingen (Lindinger, 1966; Stöffler, 1973; Borens, 1974; Ehle et al., 1982).

Afdelingsgrupper har i en årrække i mange forskellige afskygninger eksisterer på de fleste psykiatriske afdelinger i hele Norden.

Sigmund **Karterud** har i sin disputats fra 1986 (Karterud, 1986) gjort opmærksom på hvor uhensigtsmæssigt grupper i psykiatriske afdelinger kan fungere uden uddannede terapeuter. Det er vigtigt at vide hvordan grupper fungerer og at man uden uddannelse og træning kan blive uterapeutisk og måske skade patienterne i disse grupper, som kan være overvældende, forvirrende, krænkende, forførende, mobilisere skræmmende ubevidste fantasier, bidrage til at nedbryde primitive forsvar, være aggressivt konfronterende, være kedelige og ikke relevante overfor patienternes problemer. Han gør også opmærksom på at struktur kan mindske denne fare betydelig. Karterud har med sin disputats været med til at flytte interessen fra "det terapeutiske samfund" til den mere afgrænsede "behovs tilpassede behandling".

Levine (1971) ser terapigruppen på en psykiatrisk afdeling, som en biopsi af hele afdelingens miljø, og definerer miljøterapien som: "et kompleks af grupper nedlagt i en matrix af til tider overlappende, til tider koncentriske grupper, som delvist eller fuldstændigt indeholder eller er indeholdt i indlæggelsen".

Levine's artikel fokuserer på afdelingsterapigruppens potentiale til at afdække holdnings- og adfærdsmæssige konsekvenser i patientsubgruppen, konsekvenser af patient- og personale fantasirester¹ vedrørende afdelingens udøvelse af den psykiatriske behandling. Med andre ord kan afdelingsgruppen hjælpe til at se kreative og destruktive sider ved afdelingen.

Flere terapeuter (Kanas og Barr, 1982; Maxmen og Hanover, 1973) har med udgangspunkt i de af Yalom opstillede virksomme faktorer i gruppeterapi, spurgt flere hundrede af disse patienter, hvad de fandt mest virksomt i gruppen. Ovenfor er kun nævnt de fire (ud af 12) faktorer, som blev vurderet som mest hjælpsomme:

¹"Fantasirest" er defineret som "en blivende samling af håbfulde og fortrøstningsfulde måder at behandle patienterne på, som ikke kommer ud af empati eller indlært teknik, men fra personalets personlige og kollektive frustrationer, fantasier og modstande".

Hjælpsomme faktorer i Gruppepsykoterapi:

Indgydelse af håb

Gruppesammenhold

Altruisme

Universalitet

Som det kan ses, var det især "følelsen af håb" ved at se andre patienter i gruppen få det bedre, "følelsen af at tilhøre en gruppe og at være accepteret i gruppen" og "følelsen af at kunne være andre til hjælp i gruppen", samt at man "ikke var alene" om at have de psykiske problemer, der blev vurderet som de mest hjælpsomme faktorer.

Samlet peger erfaringerne på, at terapeuten - uanset metode - i en gruppe med dårlige patienter bør være aktiv og sikre, at de tavse perioder er korte, så frustration mindskes og angstniveauet holdes lavt. Det kan være nødvendigt at tillade cigaretrykning og arrangere kaffedrikning, og i det hele taget prøve at skabe et meget gratificerende og omsorgsfuldt klima i gruppen.

I støttende grupper er det helt basalt at styrke jeg-funktionen og medvirke til at opbygge grænser mellem den enkelte og omverdenen. I den mindre gruppe kan patienternes individuelle måde at opleve sit dagligliv i afdelingen komme frem og gruppen kan være et forum, hvor patienter kan trænes i at lytte og samtale. I gruppen kan symptomets funktion undersøges, for eksempel dets funktion som en ubevidst kommunikation. Den terapeutiske gruppe kan være en hjælp til at forstå baggrunden for følelser og handlinger og den virkning, forskellige handlinger kan have på andre. Det kan også hjælpe gruppens medlemmer til at lære at skelne mellem fantasi og virkelighed. For den enkelte kan gruppen være med til at finde alternative måder at løse problemer på, og den kan være en støtte i forbindelse med udskrivning og muligvis en motivation for at fortsætte psykoterapien ambulant efter udskrivningen.

Ambulant gruppeterapi med skizofrene.

Foulkes og Bion havde undertiden skizofrene patienter i deres grupper, men forholder sig ikke i deres bøger specifikt til de problemer, det medfører. **Battegay** fra Schweiz publicerede i 1965 som en af de første i Europa om det at tage skizofrene i ambulante grupper (Battegay 1965), hvor han berører patienternes negative reaktion på tolkning. En klassisk tolkning er typisk lidt krænkende og kan ofte ikke forstås af en person med psykotisk struktur, men kun øge angsten. Den vil derfor ikke skabe sammenhæng men mindske sammenhæng. (Men tolkning kan gives på en angstdæmpende eller angstneutral måde.) Han har publiceret artikler om både proces og effekt (Battegay R et al., 1971; Battegay R & von Marschall R, 1978).

Kaplan og medarbejdere (1994) har givet en oversigt over, hvad de mener, er forskellene på gruppeterapi for indlagte og for ambulante (se appendiks, 1). Den væsentligste forskel er muligheden for at skabe mere stabile og forudsigelige rammer i en ambulant gruppe end i en afdelingsgruppe, der for det

meste kun har deltagelse af patienterne så længe, de er indlagt.

Den ambulante gruppe vil typisk have en mere stabil sammensætning, hvor patienterne er udvalgte og forberedte, og gruppen er forholdsvis homogen, hvad angår egofunktionsniveau. Desuden kan behandlingen fortsætte så lang tid, som det er nødvendigt. Gruppen beskyttes med faste grænser imod omverdenen. Terapeuterne tillader processen at folde sig mere ud og behøver ikke at være så aktive med at fastlægge gruppenormerne. De angivne forskelle baserer sig på at patienternes bevidsthed om at have et valg og at blive valgt er klart tydeligere i den ambulante gruppe end i afdelingsgruppen.

Også **Urlic** (i Schermer & Pines 1999) har skrevet om forskellen på afdelingsgrupper og ambulante grupper. I begge typer grupper baserer behandlingen sig primært på verbal kommunikation, det individuelle gruppemedlem er objekt for behandlingen og gruppen selv er den vigtigste terapeutiske faktor.

Afdelingsgrupper tjener iflg. Urlic følgende funktioner:

- 1) Etablering og regulering af tidsmæssige, rumlige og interpersonelle grænser.
- 2) Tilstedeværelse af korrektive symbiotiske erfaringer/oplevelser.
- 3) Konfrontation med og etablering af mere adækvate relationer til ydre og indre realiteter.
- 4) Stimulation af interpersonel udveksling.
- 5) Støtte af det sunde ego.

Ambulante grupper kan tjene følgende funktioner:

- 1) Øget strukturering af egofunktioner.
- 2) Fortynding og opløsning af overføringen til terapeuten, dvs. rette den korrektive symbiotiske erfaring mod en mere adækvat realitetstestning.
- 3) Fremme indsigt indenfor den terapeutiske relations ramme (bl. a. behandlingens varighed).
- 4) Overføre det der læres i terapien til andre sociale og interpersonelle situationer.
- 5) Støtte det sunde ego.

Afdelingsgruppen fokuserer arbejdet på her og nu og arbejder på det symbiotiske niveau, hvor terapeuten er meget støttende og ofte individuelt orienteret, mens den ambulante gruppe arbejder på et mindre regredieret niveau, har mere stabile objektrelationer og terapeutens bevægelse fra leder til "conductor" er oftere mulig.

Elaine **Cooper** (1978) har skrevet om begyndelsesfasen af en gruppe bestående af patienter med svære narcissistiske forstyrrelser og svær psykopatologi. Hendes betragtninger er også relevante for skizofrenigrupper. Gruppemedlemmerne kan ikke fra begyndelsen gå ind i en "tillidsfase". Da det meste af "narcissistens" psykiske energi er investeret i at opretholde en indre psykisk balance, er der ikke meget overskud til empati med andre mennesker. Hun kalder den narcissistiske fase af en gruppe for "prægruppen" og beskriver prægruppen som en samling mennesker, hvis tanker og handlinger primært er motiveret af narcissistiske behov. Deres tale er parallel, dvs. de taler ikke som svar på, hvad en anden person har sagt. Svært forstyrrede voksne viser kun lidt interesse i at deltage i en terapigruppe (eller en

hvilken som helst gruppe). De har et billede af gruppen, som en projektion af deres egen fantasi af, hvordan deres familie var (den primære gruppeoplevelse). Terapeutens opgave - skriver Elaine Cooper - er at hjælpe hver patient til at udnytte gruppen til sin egen narcissistiske fordel. Når de narcissistiske forsvarsmekanismer begynder at fungere med hjælp fra gruppen, bliver den et meningsfuldt værktøj for patienten. Terapeuten må give næring til patientens narcissisme og støtte narcissistisk forsvar. På den måde kan terapeuten og gruppen hjælpe patienten med hans følelsesmæssige arbejde.

Cooper har set den skizofrene bevæge sig fra det autistiske, til at være opmærksom på terapeuten, til at tale til andre og så til at relatere sig til de øvrige i gruppen.

Fokus på gruppen mener hun bør være i her-og-nu. Gruppen hjælper patienterne med at udvikle objektrelationer i nuet. Drømme, personlige historier, vrangforestillinger osv. er altid til stede i gruppen, men det virkelige arbejde finder sted i her-og-nu. De svært forstyrrede patienter kan tale i gruppen, men det er meget vanskeligt for dem at lære at lytte. Efter en tid med parallel tale, begynder de at lægge mærke til og at reagere på hinanden. På et tidspunkt begynder gruppemedlemmerne at føle sig på mere sikker grund; de ser sig omkring og begynder at tænke: "Hvem er disse mennesker? Kan jeg stole på dem?" Den første tillidsfase for gruppen er begyndt. Prægruppen er nu en gruppe!

Takahashi & Washington, som driver ambulante grupper med psykotiske, anbefaler først helgruppeterapien, som kan forsyne hver enkelt patient, der er tilbøjelig til tilbagetrækning, isolation og fremmedgørelse, med et grundlag for forbundethed (Takahashi og Washington 1991). Gruppeinterventionen kan eventuelt følges op (f.eks. af coterapeuten) med en mere specifik og individuel fokuseret tolkning, så den enkelte får følelsen af omsorg og af at være i kontakt med gruppen. De argumenterer for, at det skaber en bedre gruppetilhørsfølelse, end når den individuelle tolkning går forud for en gruppetolkning, som **Horwitz** går ind for (Horwitz, 1977). Dog kan det afhænge af de patienter, man har i gruppen.

En frygt for sammensmeltning med gruppen kan blive overhængende og skabe yderligere kaos.

Der er flere modeller for den ambulante gruppe:

Ulf **Malm** har i sit arbejde fra 1982 (Malm 1982) grundigt beskrevet effekten af gruppepsykoterapi med skizofrene, hvor terapien påbegyndes i forbindelse med indlæggelse og fortsættes et år. Han har en dynamisk og støttende tilgang til patienterne og gruppen, og har vist at det har en klar positiv virkning på evnen til at have følelser, til at kommunikere, til at mindske derealisation efter kun et års terapi med utrænede terapeuter med en tæt instruktion og supervision.

Walter **Stone**, som i en årrække har arbejdet med grupper med langvarigt kronisk syge, foretrækker at indbyde 14-16 personer til sin ambulante gruppe (Stone 1997), idet han med hver enkelt patient aftaler med hvilken hyppighed, denne skal/vil møde i gruppen. Med naturlige afbud betyder det, at der er 8-10 personer til stede, hvilket er det antal, han selv foretrækker. Det er tydeligt at Stone lægger vægt på, at patienterne kan bestemme og finde frem til hvor meget kontakt de er interesseret i.

Kanas (1996) har derimod, som tidligere anført, en model med moduler af 12 sessioner, hvor patienterne kan aftale et fokus (for eks. håndtere stemmehøring, håndtere mistænksomhed, fokusere tankerne, koncentrere sig, relatere sig til andre) de vil arbejde med i de 12 sessioner, som så kan følges af så

mange moduler, som der findes behov for.

Selektion og forberedelse til ambulante gruppe

Gruppepsykoterapi - og i høj grad den analytiske - er til forskel fra individuel terapi for patienten præget af en initial uoverskuelighed f.eks. derved, at mange personer er til stede, og derved at samtalen kan være præget af mange forskellige input, der ikke virker sammenhængende.

Retningslinjerne for at udvælge patienter til gruppeterapi adskiller sig ikke fundamentalt fra udvælgelse til individuel terapi. Det første man må afgøre er om det skal være et tilbud til udvalgte eller et tilbud til alle f.eks. alle nydebuterede skizofrene.

Hvis det skal være en selekteret gruppe er det hensigtsmæssigt at de har nogenlunde samme egofunktionsniveau, og i øvrigt er ret homogene. I en ambulante gruppe med unge skizofrene er kravene til gruppemedlemmerne, at de som regel selv kan transportere sig til gruppen, at de kan sidde der hele sessionen, at de kan magte ikke at have konstant opmærksomhed på sig og også helst at de kan indgå en aftale om nogle temaer de vil arbejde med i gruppen, samt at de ikke vil udeblive fra gruppen uden afbud eller ophøre uden en længere afslutningsperiode samt at de vil holde rammerne.

Gruppebehandling kan være en løsning på problemet med passende intimitet og kontakt, som ofte findes i den individuelle psykoterapi. Mens det i den individuelle terapi i høj grad beror på terapeutens aktive indsats, er der i gruppen en mulighed for, at patienten løbende kan titrere kontakten og dermed f.eks. udtynde overføringsrelationen til terapeuten. Deltagelse i gruppe indeholder således potentielt en mulighed for skizofrene patienters ønskeafstand: "tæt væk".

Der er erfaringer for, at grupperne bedst bygges op efterhånden fra et lidt mindre antal medlemmer til almindelig smågruppe størrelse (op til 6 medlemmer). Med den gruppestørrelse er det dels ikke for skræmmende for de fleste ængstelige skizofrene, og alligevel en klar udtynding af det individuelle pres. På den anden side er gruppen ikke større end det er muligt at give den enkelte særlig omsorg i situationer og perioder, hvor det er nødvendigt, specielt hvis der er et coterapi par.

Skizofrene patienter kan hensigtsmæssigt inddeles i de mere aktive ofte med positive symptomer og affektive træk, de mere passive tilbagetrukne ofte med negative symptomer og autistiske træk samt de disorganiserede, som har vanskeligst ved at holde sammen på sig selv og kræver mest støtte. Gruppen skal have en nogenlunde homogen sammensætning, hvad angår egofunktionsniveau og disorganisationsniveau.

Det primære formål med støttende, gruppeanalytisk psykoterapi er såvel opretholdelse af netværk, opretholdelse af social evne, mestring af psykotiske symptomer, generel øget forståelse af egen sygdom, personlighed og relation til andre, samt fast modnende struktur i hverdagen. Stone (1993) har delvis samlet indikationen i "**significant deficit i interpersonelle relationer**", som alle skizofrene har, men i forskellig omfang og karakter.

En anden sag og en alvorlig overvejelse til kommende gruppemedlemmer er deres motivation for behandling. Vil de gå ind i en gruppe?

Der er givet mange og i nogen grad uoverensstemmende rekommandationer vedrørende, hvilke forhold,

der skal betragtes som kontraindikationer til gruppepsykoterapi. Når spørgsmålet vedrører netop skizofrene, bliver en række ellers klare kontraindikationer dog svagere, uden at de mister deres betydning.

Følgende patienttyper vil efter vores mening gøre det særdeles vanskeligt at etablere en terapeutisk proces i gruppen:

Overvejende Kontraindikationer:

1. *Patienter, som er voldelige, eller **udviser** impulspræget aggressiv adfærd.*
2. *Patienter, som er suicidal farlige.*
3. *Retarderede, demente eller patienter med sværere hjerneskade.*
4. *Patienter med svær psykotisk symptomatologi
(svært psykotisk angst, maniske, svært depressive patienter)*
5. *Patienter som har et aktivt svært misbrug.*
6. *Patienter, som vedvarende vil true gruppens regler og grænser.*
7. *Patienter, som ikke taler dansk*

Følgende patienter vil altid være en stor udfordring, er vanskelige at arbejde med og er potentielle drop-outs:

Relative kontraindikationer:

1. *Patienter med manglende sygdomserkendelse*
2. *Patienter med manglende psykologisk tankegang*
3. *Patienter som har svært ved at erkende, at de har brug for andet end medicin.*
4. *Monopolister, som taler næsten hele tiden på en tvangsmæssig og uproduktiv måde.*

Hvad enten man vil drive ambulante grupper med nydebuterede skizofrene eller med kronisk mentalt syge, må man indhente viden om patientens hidtidige sygdomsforløb. Der skal ske en afklaring af de terapeutiske muligheder i øvrigt og træffes aftaler med afdelinger eller distriktskontorer og formidlere af medicin. Vigtigst er måske den forberedelse, som har til hensigt at få kontakt/alliance med den mindre syge del af patienterne, hvilket for de nydebuterede nogen gange kan ske under indlæggelse og/eller i forbindelse med en forudgående individuel psykoterapi. Også for den kroniske patient består en væsentlig del af forberedelsen i at etablere en terapeutisk alliance (Selzer, 1983)

Det er væsentligt at have opmærksomhed på patienternes og gruppens stadier og på terapeutens modoverføring. Et af formålene med støttende analytisk gruppeterapi er at øge patienternes evne til at bevare og opbygge relationer også udenfor gruppen. Det er nogen af de retningslinjer vi vil følge i manualen.

Forundersøgelse til gruppe

Patienter der gerne vil arbejde med sig selv i gruppe bør naturligvis **henvises**. Desuden henvises patienter som gerne vil være bedre til at klare sociale situationer, bedre til at relatere sig til andre og bedre til at forstå deres sygdom. De vil eventuelt gerne have en fast kontakt og lære af eller yde til andre psykisk lidende.

Ofte kan en sengeafdeling henvise patienten, hvis patienten i forvejen har haft kontakt med afdelingsgrupper, som kan være en rigtig god forberedelse til ambulante grupper.

Henvisningen bør indeholde et resume af patientens sygehistorie samt symptomatologi og behandling, argumentation for henvisningen og patientens holdning hertil. Hvis der foreligger en journal, bør den medsendes.

Hvis patienten kan skrive et brev, hvilket en del patienter med skizofreni ikke kan, kan det give et godt indtryk af problemstillingen og mulighed for at formulere en foreløbig psykodynamisk hypotese om aktuelle følelsesmæssige problemers sammenhæng med sygdomsudviklingen. Patientens egne formuleringer kan blive et godt udgangspunkt for forsamtalerne. Men man skal være opmærksom på, at anmodning om brev kan skræmme patienten væk. Mange patienter med skizofreni vil føle sig afvist og måske opgive, hvis de bliver bedt om brev. Eventuelt kan man foreslå et brev efter det første møde og uden at det er en betingelse. I brevet skal patienten fortælle om sig selv, beskrive sine problemer, sådan som han eller hun selv ser dem, og beskrive sine erfaringer med tidligere terapi og grupper, samt beskrive forventninger til den nye terapi. Nogle patienter kan sagtens skriftlig gøre sig og kan føle det som en hjælp at få tilbud om at formulere det før samtalen.

Hvis et brev ikke foreligger, må ovenstående undersøges i forsamtalerne, som patienten indbydes til. Skriftlig invitation må overvejes nøje. Eventuelt kan invitationen overbringes personligt eller via patientens kontaktperson eller anden aktuel behandler..

Det kan være hensigtsmæssigt med 2 - 3 forsamtaler, typisk med overskrifterne: 1. Lære at kende, 2. Reflektere og 3. Teste og beslutte.

Formålet med forsamtalerne bør skitseres (påny) ved begyndelsen af den første forsamtale, ligesom konteksten bør afklares. Man må forklare det kommende gruppemedlem, at man her sammen skal finde ud af om gruppen er noget patienten vil kunne få udbytte af og hvilke temaer patienten kan arbejde med.

Terapeuten skal i forsamlingen undersøge:

1. *Lidelsens karakter og omfang*
2. *Hvad der har udløst lidelsen og kontakten til behandlersystemet*
3. *Patientens historie*
4. *Betydningsfulde andre personer (eksterne objektrelationer)*
5. *Relationen til terapeuten*
6. *Hvordan patienten forholder sig til lidelsen (sygdomsindsigt)*
7. *Tidligere behandling, herunder psykoterapi (compliance)*
8. *Patientens (og terapeuten's) mål med terapien*

Terapeuten bør vide så meget som muligt om patienten før forsamlingen. Eventuelle udskrivningsbreve og journalnotater kan give væsentlige oplysninger om næsten alle de ovennævnte punkter. Ud fra de foreliggende oplysninger får terapeuten et indtryk af patientens problemer og danner sig en hypotese om genesen.

Har patienten haft en tidligere terapeut, er det nødvendigt at tale med patienten om, hvad det betyder at få en anden. Det gælder især, hvis patienten skal ophøre med en individuel terapi for at fortsætte i gruppe, som det er tilfældet i Det Nationale Skizofreniprojekt. Det anbefales, at indkalde patienten via den individuelle terapeut og foretage forsamlingen til gruppeterapien før den individuelle terapi er afsluttet og lade patienten begynde i gruppen umiddelbart efter afslutningen af den individuelle terapi, eventuelt kan der være et mindre overlap. Det kan vise at der er en fortsættelse af processen fra den individuelle terapi. Ligeledes kan det være med til at gøre klart, at der skal være tilladelse til kontakt de forskellige behandlere imellem, som et led i patientens behandling. Den tilbøjelighed der er hos skizofrene mennesker til at betragte verden fragmenteret og opsplittet kan hermed modvirkes i patientens bevidsthed. En særdeles vigtig opgave for terapien er at skabe sammenhæng i tid, holdning og opfattelse.

Forsamtalerne bør sigte mod

1. *At få en fælles forståelse eller etablere en egentlig (bevidst) arbejdsalliance*
2. *Etablering af en positiv overføring (patienten skulle gerne gennem samtalerne opnå en vis tillid og et håb om, at terapien kan hjælpe).*
3. *En afklaring af patientens foreløbige mål med terapien (tre mål formuleres).*
4. *Orientering om gruppekultur, -regler og rammer.*
5. *Kontrakt om behandlingen: Mål, medicinering, terapilængde, patientens ansvar og terapeuten's (f.eks. suicidale impulser, diskretion)*
6. *At forudsige og finde mulige vanskeligheder med compliance*
7. *En balance mellem håb og realisme.*
8. *Aftaler om kontakt til andre behandlere og pårørende i løbet af terapien.*

Terapeuten må sammen med den enkelte patient forsøge at formulere et mål for terapien. Helst må samtalen føre frem til, på hvilke områder i livet, patienten gerne vil blive i stand til at klare sig bedre.

Det kan være vanskeligt, at vække en realistisk forhåbning i patienten, muligvis kan det "at være realistisk" give patienten mulighed for at komme i kontakt med sin sorgproces over det livstab sygdommen har betydet. Men den balancegang er vanskelig i forsamtalens begrænsede tid og stressende situation for patienten, der jo er ved at etablere kontakt med en formentlig ukendt person eller to.

Medens man kan opleve, at de indledende samtaler med mere velintegrerede patienter kan føre til etablering af en positiv overføringsrelation og en terapeutisk alliance mellem patient og terapeut, skal man ikke forvente en tilsvarende god og dyb udgangsposition efter mødet med den skizofrene patient. Ikke sjældent er det første møde præget af etableringsvanskeligheder, misforståelser, kommen for sent, psykotisk acting eller (andre) former for kaotisk adfærd; men en afmystificering er ofte mulig.

Kontakten med den skizofrene er netop karakteriseret af at skulle etableres igen og igen.

Det er den manglende evne til at etablere en følelsesmæssig relation, som er patientens problem, og opøvelse af en sådan kan være et relevant mål for hele terapiprocessen.

I forsamtalen **er det vigtigt, at terapeuten får demonstreret sit engagement i patienten!**

Engagementet bærer en stor del af kontakten, formidler et håb og giver udgangspunkt for noget liv, som den skizofrene kan ønske at være i nærheden af, - i hvert fald en gang imellem.

En engageret terapeut, der brænder for sin sag skal være varsom for ikke at blive urealistisk i sin vurdering af, hvad patienten kan opnå. Muligvis kan man vinde patienten for gruppen, men det kan let føre til at patienten føler sig svigtet eller føler sig som en fiasko og dropper ud. Ved vanskeligheder med at nå bevidste og ubevidste mål, må sagen stå sin prøve - umiddelbart først og fremmest for terapeuten! Men i virkeligheden med størst omkostninger for patienten. På den anden side vil en terapeut, der ikke er engageret og ikke brænder for sin sag, heller ikke få den skizofrene til at tro på gruppen. I første omgang er troen på gruppen i høj grad en tro på gruppeterapeuten(erne).

Terapeuten skal få et indtryk af patientens problemer og danne sig hypoteser om problemernes genese.

Terapeuten skal i forsamtalen orientere om terapiens rammer og regler. Dvs. de terapeutiske regler (se senere).

Spørgsmålet om **terapiens længde** er tæt knyttet til spørgsmålet om, hvor lang tid, det tager at nå de opstillede mål, men også mere generelt blive "rask / bedre", og dermed et meget sårbart emne i forsamtalerne. Dette emne er en udfordring til patientens evne til at erkende insufficiante eller syge sider af sig selv, idet en vis sygdomsindsigt er en vigtig forudsætning for at kunne nyttiggøre sig af terapien.

En patient var fra en afdeling udvalgt og anset som egnet til et tilbud om psykoterapi og kom til flere forberedende samtaler hos terapeuten. Hendes egen ambivalens kom bl.a. til udtryk i kommen for sent, og at det blev nødvendigt af at ringe efter hende ved en lejlighed. Hun var meget snakkende og piberygende i samtalerne, men erklærede sin interesse og motivation.

På et tidspunkt tog terapeuten spørgsmålet om terapiens varighed op, og patientens bud var 3 måneder. Da terapeuten herefter spurgte, hvordan ét eller måske to år lød, blev patienten nærmest vred og beskyldte terapeuten for at ville gøre hende syg og mere dårlig, end hun var.

Hun udeblev fra den næste samtale og skrev senere et brev, hvor hun meddelte :

“Da jeg har det udmærket nu og ikke fejler noget mere, kan jeg desværre ikke tage imod tilbudet om yderligere behandling”

En allerede igangværende skizofrenigruppe får et nyt medlem. Den nye har luftet at han tror 3 mdr er nok. Med hjælp fra andre behandlere og hans far kommer han dog frem til at han kan have fordel af at komme i gruppen. Han bliver noget overrasket da et gruppemedlem synes det er meget forandring at der kommer en ny, når der næsten lige er sket andre forandringer (en er gået ud for et år siden og den ene terapeut er skiftet for 10 mdr. siden.)

For nogle patienter kan årelang terapi virke helt uoverskueligt og uforståeligt, hvilket kan tale for en model som Kanas's, som tilbyder moduler af begrænset varighed, som kan følges af modul på modul. Aftaler om deltagelse i gruppen i 3 mdr. eller ½ år virker mere overskuelige. Til gengæld giver det mere usikkerhed i gruppen, at man ikke kan tænke i langsigtede baner. f. eks. tilbyder vi i Det Nationale Skizofreniprojekt som udgangspunkt 3 år i forlængelse af et års individuel terapi.

Ved forsamtalen informeres også om gruppe-lokalet, som om muligt forevises. Hvis der foreligger noget skriftligt om gruppeterapien, hvilket kan være en tryghed for patienten, bør dette selvfølgelig udleveres. Under alle omstændigheder bør der informeres om gruppen. Dvs. antal deltagere og fordeling på alder og køn, samt nogenlunde hvor længe de har været der. Man bør jo også være klar over om den nye patient kender nogen i gruppen, og om det er en hindring for arbejdet i gruppen.

Når **nye patienter skal ind i gruppen** må det overvejes hvordan det bedst kan ske. I grupper med mere velstrukturerede patienter kan det være en god ide at tage to patienter ind på én gang, hvis der i gruppen er et godt sammenhold. I skizofrenigrupper kan to nye imidlertid godt blive for svært for både patienterne og terapeuterne, idet den enkelte i højere grad har behov for terapeutens opmærksomhed. Tanken om, at de som tvillinger (samme alder i gruppen) kan støtte hinanden skal vejes op mod en risiko for en følelse, såvel hos de nye som de gamle, af sammensmeltning eller - endnu værre - en følelse af ikke at eksistere, at blive opløst på grund af efterladthed. Disse følelser vil både give øget risiko for psykotisk sammenbrud og for drop out. Det er vigtigt ved første gruppemøde at have meget opmærksomhed på at patienten også møder til næste gruppemøde.

Gruppens rammer.

Tid og sted: Tidens og stedets enhed spiller en stor rolle i psykoterapi med psykotiske, og det er vigtigt at have reserveret rum og lokale på langt sigt.

Generelle regler for terapigrupper gælder også grupper med skizofrene.

Gruppens mødetid må lægges fast, såvel som sessionslængden og sessionshyppigheden. Afbud meldes så tidligt som muligt og så vidt muligt i gruppen, ellers til et bestemt telefonnummer og navn eller på aftalt e-mail-adresse.

En størrelse, der både afgrænser det fysiske og det psykiske rum er tiden. Afhængig af gruppens funktionsniveau og aktivitetsniveau er sessionernes længde fra ½ time til 1½ time. For ambulante skizofrenigrupper anbefales **1 time**.

Tænk på god belysning og ventilation. Rummet må være lydmæssigt godt afskærmet, med behagelige ens stole sat i en cirkel. Rummet skal så vidt muligt ikke bruges til andet end terapi. Tilfældig tilstedeværelse af andet udstyr til en arbejdsplads, som skrivebord, PC, telefon eller videoudstyr inkl. mikrofoner kan virke forstyrrende og eventuelt øge utrygheden og giver undertiden paranoide associationer. Hvis der er sådanne forhold, må de drages ind.

Hvis patienterne er grundigt forberedt, kan man godt optage terapien på audiovisuelt udstyr. Det kræver naturligvis patienternes tilladelse og kan med fordel diskuteres og afmystificeres i forsamtalerne eller i gruppen. Herefter kan det opleves af patienterne som et ekstra engagement, men det er vigtigt tilbagevendende at undersøge betydningen af sådanne hjælperedskaber.

Sørg ved hjælp af et optagetskilt eller ooptagetlampe for at forebygge, at andre bryder ind i sessionen.

Udenfor gruppen: For ambulante patienter er det terapeutisk hensigtsmæssigt at relationer mellem gruppe medlemmerne udenfor gruppen bringes ind i gruppen og synliggøres der. Socialisering udenfor gruppen er ofte uhensigtsmæssig og bør minimeres. Som udgangspunkt er forbud ikke hensigtsmæssige, men analyse af betydningen af samvær eller møder bør altid ske. Ofte vil nogen for eksempel skulle følges ad i bussen. Her vil det være nødvendigt at forklare gruppemedlemmerne grundigt hvorfor det er vigtigt at bringe problemer fra gruppen tilbage i gruppen i stedet for at tale andre steder om det, så terapien kan medvirke til at skabe en sammenhængende oplevelse af verden såvel indenfor som udenfor gruppen. Det skal være muligt at kontakte terapeuterne for at få hjælp til at tage problemer op i gruppen, så man ikke skal bære dem selv eller bære dem andre steder hen.

I gruppen: Det er som regel ikke hensigtsmæssigt at patienterne spiser, slikker, drikker eller ryger i gruppen. Men igen er det bedre at forholde sig nysgerrig og undersøgende til det, hvis det finder sted end at hævde en regel eller retningslinje, som der er redegjort for ved forsamtalen. Nogle foretrækker et lille bord i midten af cirkelen, men som regel er der ingen møbler i cirkelens midte.

(På psykiatriske afdelinger med dårligt strukturerede patienter kan der være lempeligere regler i forhold til møblering, spise og drikke, som kan have en beroligende effekt.)

Terapeuterne: må være tilgængelige udenfor gruppetiden, men som en del af gruppen. Det vil sige at eventuelle individuelle sessioner bringes ind i gruppen ved at terapeuterne nævner dem og opfordrer til at tale om dem. Man må opfordre til, at patienterne udtrykker deres behov for individuelle samtaler i gruppen, så aftale om sådanne træffes her som en del af gruppen. Det vil altid være en balancegang om man skal acceptere individuelle sessioner ved siden af gruppen. Ofte har det dog vist sig at være særdeles hensigtsmæssigt når bare man som terapeut holder sig målet om at hjælpe patienten til at være

et fulgdyldigt medlem af gruppen for øje. Individuelle samtaler kan hjælpe med at afmystificere det skræmmende for patienten i at tage problemer op i gruppen eller få afmystificeret noget de har oplevet der. De individuelle sessioner kan bruges til at forberede hvordan det kan tages op i gruppen og dermed socialisere patienten.

Rammer :

1. Samme Tid og Sted
2. Rolige, lyse omgivelser
3. Skærmning mod omverdenen
4. Altid mulighed for besked til terapeut gennem sekretær eller på anden måde
5. Grupperegler: Sessionslængde- og hyppighed, møde til tiden, melde afbud,
6. Meddele sig verbalt, være diskret
7. Individuelle kontrakter

Medicin og gruppeterapi.

Antipsykotika kan være til gavn både som antipsykotisk og som beroligende middel. For at kunne opnå det bedste udbytte af gruppeanalytisk psykoterapi er det nødvendigt at finde en balance med medicineringen mellem at dæmpe angsten og de psykotiske symptomer og at sløve patienterne mindst muligt. Det vil sige lavest mulige men tilstrækkelige dosis.

Håndteringen af medicin kan ske af speciallæge i psykiatri, enten udenfor de terapeutiske rammer eller i dem. Der er fordele og ulemper ved begge former.

Hvis en læge udenfor den terapeutiske relation regulerer medicinen, undgår man som terapeut, at kontakten til patienten kommer til at handle om medicin, og at tilliden og omsorgen fra terapeutens side måles i medicindoser! Men det kræver et åbent samarbejde med den der medicinere, for at bedre dosering og compliance. Patienten skal som ovenfor anført være vidende om åbenheden, som kan foregå ved behandlingskonferencer eller måske hovedsagelig journalfællesskab.

På den anden side, er det et vigtigt terapeutisk mål, at patienterne efterhånden selv kan regulere medicinen. Det giver både en større og synligere forskel i frihed og et klarere ansvar. Desuden er terapeuten ofte den, der har den bedste føling med, hvordan patienten faktisk har det, og dermed med behovet for at sætte dosis op eller ned.

Der er ligeledes en mulighed for en fraspaltning af medicinproblematikken, som jo er central vævet sammen med patientens sygdomsopfattelse. Der kan ske et split af patientens objektplacering i henholdsvis god og dårlig, som det kan være vanskeligt at forholde sig til i gruppen, hvis medicinen reguleres andetsteds.

Medicinen bliver symbol på andre ting, hvoraf nogle har med overføringsforholdet at gøre: 1) Det som

kommer udefra, og som kan være farligt /giftigt, 2) Den manglende tillid, som de andre (vi) har, som gør, at vi tilbyder "stene for brød" (medicin i stedet for forståelse), 3) Næring fra terapeuten, 4) Det konkrete, håndfaste i stedet for det illusionsagtige, 5) Tegnet på, at man er syg og 6) Systemets undertrykkelse m.m..

Forskellige aftaler med forskellige patienter i gruppen, kan være det mest hensigtsmæssige og efter patienternes ønske. Der kan imidlertid til stadighed opstå misundelse i gruppen mod de patienter, der får den ekstra relation og omsorg, som en medicinaftale indebærer. Dette vil indgå i gruppens temaer.

Terapeutisk teknik og metode

Interventionsniveauer: For at forstå interventionerne skal niveauerne for intervention lige skitseres, da de terapeutiske interventioner retter sig mod flere niveauer (Kibel, 1981). Det berører også gruppens faser, som behandles senere.

Første niveau: Terapeuten må først fokusere på den umiddelbare relation, og må her nødvendigvis være meget aktiv og direktiv overfor patienterne. Terapeuten må hjælpe dem med at støtte hinanden, især i de faser, hvor de er i en mere dekompenseret eller akut tilstand. Terapeuten må opmuntre patienterne til at respondere på hinanden, til verbalt at konfrontere hinandens forstyrrelser og til at de øger og forbedrer deres interaktioner med hinanden.

Andet niveau: På næste niveau må terapeuten ud over ovenstående rette mere opmærksomhed mod diagnosen og symptomerne i bredere forstand samt mod den forstyrrelse, dette medfører i de interpersonelle relationer udenfor og indenfor gruppen. Dette kan f. eks. gøres ved at fokusere mere på de umiddelbare interpersonelle problemer, som først og fremmest betragtes som umiddelbare og måske logiske følger af psykotiske symptomer. Blandt andet skal de hjælpes til at arbejde med at trække deres projicerede dele tilbage.

Tredie niveau: Når disse problemer er ændret eller modificeret, kan der på det næste niveau også ses på de bagvedliggende årsager. Når tillid og tilhørsfølelse er udviklet, kan fokus efterhånden rettes mod langvarige problemer og dårlige relationsmønstre, ved at se på deres indflydelse på aktuelle funktioner og relationer.

Med denne gradvise udvidelse af arbejdet med relationerne, skabes mere og mere sammenhæng i patienternes fragmenterede opfattelse af sig selv, deres historie og deres omverden.

Terapeutiske redskaber.

Når man skal lede en gruppe med nydebuterede skizofrene, er det vigtigt at få fat i sin egen fleksibilitet og fasthed på samme tid. Dette kan være vanskeligt at formidle systematisk, men vi forsøger her at beskrive hvordan, ved at betragte processen fra forskellige udsigtspunkter. Manualen kan med fordel ses som et afsæt til fortsat udvikling af terapeutisk kunnen, men en fortsat diskussion i den enkelte terapeut og terapeuterne imellem er nødvendig. Således stiler manualen ikke mod at interventioner skal være ens, men snarere mod at de har et sammenligneligt udgangspunkt for etablering af "møder" med patienterne i grupperne.

Flere terapeuter (f.eks. Wallerstein, 1989; Dewald, 1994; Gabbard, 1994), der arbejder med støttende individuel terapi har fremhævet en række aspekter, som også er relevante, når man skal udføre støttende gruppeanalytisk psykoterapi.

Gabbard har givet følgende principper for teknik ved psykoterapi ved skizofrene, som også gælder for gruppe:

Principper for teknik ved psykoterapi af skizofrene

1. Det centrale fokus skal være på at opbygge en relation
2. Terapeuten må opretholde en flexibel position hvad angår metoder og indholdet af terapien
3. For at terapien skal kunne skride frem må terapeut og patient finde/opretholde en optimal distance.
4. Terapeuten må skabe et "bærende miljø"
5. Terapeuten må stille sig til rådighed som "container" for patienten
6. Terapeuten må lade sig bruge som et hjælpe"jeg" for patienten
7. Terapeuten må være ærlig og åben overfor patienten
8. Terapeuten skal udsætte fortolkninger indtil den terapeutiske alliance er bærende
9. Terapeuten må opretholde respekt for patientens behov for at være syg

Den positive overføring er vigtig, og den skal ikke tolkes, men bruges som redskab. Terapeuten skal hele tiden være åben og ærlig, og stille sig til rådighed både som container og vikarierende "jeg". Terapeuten skal være i stand til at sætte grænser for den tid, patienten bruger, for de emner, patienten taler om, for graden af selveksposering og for graden af udtrykt affektivitet. Terapeuten må, især til at begynde med, bære relationen, det vil sige forklare, tage initiativ, styre mv. Men samtidig må terapeuten have en fin og skarp fornemmelse for patientens behov og grænser, så patienten kan udbygge sin identitet og selvfølelse og tilegne sig flere kommunikative færdigheder. Terapeuten kan bevæge sig fra at være læremester over at være model og identifikationsfigur til at være realitetskorrigerende, gratificerende eller eventuelt forsigtigt frustrerende (Kahn, 1984, 1992). Tempoet afhænger af patienternes tilstand og karakterstruktur, terapiens fase og alliansens styrke. Negativ overføring skal gennemarbejdes. Forsvar har et formål, som må forstås og respekteres. Derfor må det ikke angribes, men eventuelt mødes respektfuldt, eventuelt tolkes positivt empatisk. Angstniveauet bør holdes nede. Man må huske at patienterne hele tiden kan føle sig voldsomt truet af sammenbrud indefra og udefra, hvorfor en respektfuld og forudsigelig kontakt er afgørende for, at terapeutisk succes kan blive mulig.

I det følgende beskrives 10 terapeutiske redskaber for den støttende gruppeanalytiske psykoterapi med nydebuterede skizofrene .

1) Den positive overføring

er et væsentligt terapeutisk redskab og bør fremhæves mest muligt (Wallerstein, 1989; Nigthingale &

Mcqueeny, 1996). Det er et fremskridt for skizofrene patienter at gå fra skræmt adskilthed til at turde erfare afhængighed. Terapeuten kan hjælpe med at skabe dette ved at være forudsigelig og konsistent over tid, ved at rammerne holdes faste over tid, og ved at bruge korte, konkrete, klare interventioner, der ofte må gentages, til patienterne fuldt ud forstår dem og har taget dem ind (McWilliams, 1994,- Kanas, 1996). Terapeuten må vise interesse for patienterne og være opmærksom overfor dem, især hvis de er nye, har været tavse eller tilbagetrukne i en periode, og selvfølgelig hvis de stiller spørgsmål.

Generelt må der etableres en gruppekultur, som skaber forudsigelighed, tryghed og mulighed for alliance mellem gruppemedlemmerne og terapeuterne samt mellem gruppemedlemmerne indbyrdes. Dette er nødvendigt for at overkomme den fundamentale angst, der ellers vil hindre patienterne i at involvere sig, og dermed hindre en vellykket terapeutisk proces.

Der er ofte behov for at terapeuterne bliver "her og nu" fokuseret i grupper med skizofrene, idet angsten for at tale om "hvad der skete" ofte er meget større end angsten for at tale om "hvordan har du det nu". Dette kan få terapeuterne til at glemme tidsperspektivet. Og hvis det sker kan det betyde, der tages pludselige beslutninger, eller aflyses sent pga. dårlig planlægning, ofte noget de samme terapeuter aldrig kunne finde på overfor en gruppe med mere raske patienter. En modoverføringsreaktion overfor disse fragmenterede patienter kan være på spil og hindre opbygningen af den nødvendige positive overføring.

2) Den korrektive emotionelle erfaring

Terapeutens neutrale møde med patientens overføringsadfærd er relevant for både den individuelle terapi og for den støttende analytiske gruppeterapi. Det betyder at terapeuten (eller gruppen) aktivt handler anderledes end patienten forventer (McWilliams, 1994). Dette kan for eksempel fremmes ved at tale mere, ved at tydeliggøre sig som terapeut, og tildels som person og medmenneske, så mindre overlades til patientens fantasi. Forudsigeligheden i sig selv er korrektiv. For eksempel gør det et stort indtryk på gruppen, at terapeuterne har tålmodighed med et medlem, der udebliver, eller på anden måde er problematisk for gruppen. De plejer at opleve, at andre ikke holder fast, og at omgivelserne smuldrer. Den skizofrene har en grundlæggende angst for andres afvisning og en særlig tilbøjelighed til at få andre til at opgive kontakt. Modoverføringen kan presse terapeuten i retning af at bekræfte patientens forventninger i stedet for at give den emotionelle korrektive erfaring.

En dårlig integreret kvinde følte sig gennem flere år tiltagende splittet ved alternerende at føle sig som en mand, der var meget vred og destruktiv, og en kvinde, der var forstående og samarbejdsvillig. Hun kom igen og igen i en situation, hvor hun sårede nogen i gruppen eller nogen i gruppen sårede hende, og hvor terapeuternes anstrengelser ikke føltes tilstrækkelige til, hun kunne føle sig tryk. Terapeuterne sendte breve til hende, hun fik individuelle samtaler, terapeuterne oversatte eller omformulerede hendes udsagn i gruppen, og hun fik aktiv hjælp til at få sagt bare lidt om, hvor svært det var at blive mødt i gruppen med afvisning, og at hun p.g.a. indre og ydre forhold selv kunne virke sårende uden at ønske det osv. Hendes adfærd gav anledning til vrede mod hende fra de andre gruppemedlemmer, men også til skyldfølelse og bekymring, til følelse af magtesløshed og nogen sorg. Desuden gav det anledning til refleksioner over, hvordan man selv vurderer sin tilstand i forhold til,

hvordan andre vurderer den. Den korrektive emotionelle erfaring blev udtrykt af flere som en glæde og overraskelse over at terapeuterne ikke så let gav op. Der blev resumeret mange situationer, hvor terapeuterne havde givet gruppemedlemmer en chance, de ikke havde forventet.

Formidlingen til gruppen af at patienterne føler en forandring sker ofte langt senere:

En ny kvinde var kommet ind i gruppen. Kvinden var meget udadvendt og havde en skarp fornemmelse af, hvad der foregik i de andre og en til dels manglende overholdelse af grænserne til dem. Hun var frustreret over deres tavshed og som følge af dette konfronterede hun dem med sine vurderinger af deres problemer. Det var så skræmmende, at en mand var ved at forlade gruppen. Han fik bevilget en pause fra gruppen og tilbudt individuelle samtaler herunder. Efter ca. 1½ måned vendte han tilbage. Som terapeuter havde vi indtryk af han accepterede, fordi hans muligheder uden gruppen for øjeblikket var små. To år senere udtrykte han i anden sammenhæng, at han var glad for terapeuternes vedholdenhed og overrasket over, der blev lagt anstrengelse i at beholde ham i gruppen.

En patient havde i en periode været meget udadvendt, aggressiv og sårende overfor de andre, hvilket fik dem til at være reserverede og forsigtige overfor hende. På et tidspunkt bliver hun selv så såret, at hun indlægges kort og får medicin. Herefter bliver hun mere afdæmpet og konstruktiv. Ca. et år senere udtrykkes det empatisk og glædeligt overfor hende, hvordan hun har forandret sig, så det var mere trygt at være i gruppe med hende. Hun udtrykker stor forundring, bliver faktisk rystet og taler om det de næste sessioner. Hun troede, det var gruppen, der havde ændret sig, men bliver klar over det er hende selv.

3) Det edukative aspekt

I den støttende, analytiske gruppeterapi for skizofrene er der vigtige edukative aspekter (Wallerstein, 1989, Nigthingale & Mcqueeny, 1996). Det kan i nogen tilfælde kaldes genuddannelse, og i andre tilfælde være korrektion af realitetsorientering gennem lånt egostyrke fra identifikation med terapeuten. I den støttende analytiske gruppeterapi, er det muligt at personliggøre den educative information og give den på et velegnet tidspunkt.

Forhold omkring personlig hygiejne og **egenomsorg** generelt kan være et område for edukative interventioner. Hvordan skal man f.eks. tage op i gruppen, hvis en patient lugter, har dårlig ånde, piller næse, næsen drypper og vedkommende bruger ærmet? Mange af den slags forhold kan være lettere at håndtere i en forberedende samtale end i gruppen. For at kunne håndtere en sådan situation fordelagtigt i gruppen, må man ud fra en empatisk forståelse kunne forklare dels hvordan almindelig personlig hygiejne er, dels at der i en mangelfuld personlig hygiejne kan ligge en vigtig meddelelse, som patienten og gruppen må tage alvorlig. Hvordan kan det forstås? Er det måske en meddelelse om hjælpeløshed, og dermed en appel om omsorg? Eller er det et ønske om at holde folk lidt på afstand? En klarifikation af denne dobbeltsidighed kan være hjælpsom, hvis den times rigtig.

Den omsorg og hjælp, der ydes i gruppen, er vigtig som model for at yde hjælp. Den viser, noget kan ændres, at passivitet kan overkommes, at man kan gøre noget for hinanden.

Gruppedeltagernes **relation til andre**, f.eks. i gruppen, er et oplagt område for edukative interventioner. Man kan uddanne patienten i at indlede og afslutte en kontakt, mest konkret i gruppen, ved at assistere patienten med at få sagt noget, de mener, samt med at slutte, når de ikke har mere på hjerte. Dette kan hjælpe til at udvikle tilfredsstillende relationer i gruppen, som man kan hjælpe dem med at erfare. Desuden kan man hjælpe patienten til at udtale klare ønsker, at sige til og sige fra. Situationer uden for gruppen kan drages ind, f. eks. det at tale i telefon, ringe op, svare. Hvordan man hilser på nogen, man møder, eller undlader det, kan også diskuteres. De andre gruppemedlemmers erfaringer og viden er betydningsfuldt for, at den enkelte patient kan arbejde med disse vanskeligheder.

Det kan i gruppen (i modsætning til individuel terapi) være muligt at nogen kan sætte sig såvel i den enkelte gruppedeltagers sted, som i dennes pårørendes sted, så empatien kan udvikles.

En patient i gruppen fortæller han er vred på sin ekskærestes nye kæreste, fordi denne hele tiden problematiserer ekskærestens forhold til patienten. Imidlertid har patienten og ekskæresten et barn på tre år sammen, som de skal være fælles om at være forældre for. Patienten passer f. eks. altid datteren, når ekskæresten er ude med sin nye kæreste.

Patienten har tænkt at passe den nye kæreste op og ved hjælp af sin store lidt skrækindgydende størrelse skælde ham ud for at gøre ekskæresten ked af det. Det bliver vendt noget i gruppen. Der bliver stillet spørgsmålstejn ved hvad den nye kæreste mon føler, hvad ekskæresten mon føler, hvordan det vil være for datteren hvis mor blev ked af det, mistede sin nye kæreste pga patientens indblanding osv hvordan kommunikationen mellem den nye kæreste og patienten ville kunne udvikles, hvis patienten kunne have sit forhold til sin datter i fokus (det der grundlæggende er mest bekymrende for patienten) frem for ekskærestens frustrationer (eksempel på korrektion af realitetsorientering).

Følger af sygdommen kan let blive selvforstærkende for patienterne og gøre dem mere selvforkastende, selvnedvurderende (Nigthingale & Mcqueeney, 1996). Den kompromitterede sociale evne kan medføre tiltagende isolation, og afhængigheden kan medføre tiltagende institutionalisering. Denne tilbøjelighed kan mindskes ved at hjælpe dem med at finde **balancen mellem afhængighed og selvstændighed**. De kan blive klar over, at de søger tryghed i det uforanderlige, mens uafhængigheden for dem kan synes fyldt med risici og gøre, at de ikke ønsker at blive raske. De kan på den ene side godt være utilfredse med, og eventuelt sørge over at være syge, men tør på den anden ikke blive raske, søge arbejde og risikere at skulle opgive pensionen. Det er en tryghed, at der ikke forlanges/forventes så meget af dem, omvendt risikerer de at miste, hvis de knytter relationer til andre. Det får mange skizofrene til at være "selvforsynende". De afviser/nedgør kontakt til andre. Det giver et tungt og stort arbejde for terapeuterne (og supervisor), og undertiden også for medpatienterne. Det er et arbejde, hvis omfang vi ikke altid er bevidste om, hvorfor terapeuten kan efterlades med følelse af uduelighed og opgivenesshed.

Formidling af **viden om skizofreni**, er et oplagt edukativt aspekt af gruppeterapien. Ved at omtale symptomerne på en selvfølkelig og objektiv måde, kan man medvirke til at gøre dem egodystone, og

dermed øge sygdomsaccepten (Kanas 1996).

Hallucinationer, som patienten afslører i gruppen, er det mest umiddelbare mål for realitetstestning. Det kan især lade sig gøre at teste hørehallucinationer, som opdages ved at patienten svarer stemmerne i gruppen eller ind imellem virker optaget af at lytte til noget andet. Er der andre der kan høre dem? Kender andre til at have hørehallucinationer? Vrangforestillinger kan bedst korrigeres af andre patienter, der ikke længere har vrangforestillinger. Forfølgelsesforestillinger kan således ofte med held korrigeres i gruppen. Både hallucinationer og vrangforestillinger må først gøres egofremmede via undersøgelse af dem i gruppen. Dernæst må patienten lære strategier til at håndtere dem med, og her er de andres erfaringer oftest det mest hjælpsomme.

Tankeforstyrrelser f. eks. i form af telepati, kan måske tydeliggøres i sessionerne ved at det budskab, patienten sender, ikke opfanges af de andre, og de spørger til den manglende sammenhæng.

Ofte må man først undersøge hvilken negativ betydning, denne forstyrrelse har. Sådanne interventioner kan efterhånden ændre disse symptomer fra at være egosyntone til at være egodystone.

Først da er det relevant for patienten at forsøge at finde nye eller bedre copingstrategier.

Disorganiseret tænkning kan vise sig ved, at gruppen bliver forvirret, og patienten kan så kende forvirringen fra sig selv.

Ved at udveksle **viden om og erfaring med medicin** kan patienterne blive mere bevidste om medicinens hensigt, virkninger og bivirkninger. Der kan typisk udveksles erfaringer om at medicin kan mindske angst, symptomer og forpinthed, og at det kan lette organiseringen af tankerne. Der kan komme større bevidsthed om bivirkninger som sløvhed, stivhed, besvær med at læse og huske, samt vægtstigning, og det hjælper at afmystificere bivirkningerne. Men især må angsten for at medicinen på langt sigt skaber afhængighed og skader helbredet, kunne diskuteres med åbenhed. Ofte vil patienterne kunne minde hinanden om de positive virkninger, som er blevet glemt i frygten for bivirkningerne. Her er kommentarer fra medpatienterne ofte mere værdifulde end kommentarer fra terapeuterne.

Endelig er der et vigtigt educativt aspekt i at **lære følelserne at kende**. Mange patienter er vokset op i et ordfattigt miljø, hvor man ikke har benævnt følelser, eller de er vokset op i et miljø, hvor der er sagt et og ment noget andet, for eksempel at beskyttende og kærtegnende ord som "jeg holder af dig" er brugt for at skjule vrede, men alligevel oplevet som sådan. I gruppen kan der komme navn på følelserne, og der kan udvikles et fælles sprog herom. Reaktionen og følelser kan afmystificeres og få en forandret betydning som aspekter af normale reaktioner hos emotionelt ansvarlige og særligt følsomme personer.

4) Strukturering

Terapeuterne kan blive direkte strukturerende (Kahn, 1984) ved at tilbyde sig som faste holdepunkter i gruppen, ved at være forudsigelige, stabile og **synlige personer** i gruppen.

Terapeuterne kan strukturere **selve samtalen** ved at støtte nogen i at få sagt noget og andre i ikke at afbryde, så der skabes mulighed for respons. Der skal være mulighed for at tage andre emner op, men emneskiftet skal gøres bevidst, så der skabes sammenhæng og forbindelser i emner og over tid.

Måske skal terapeuterne oversætte fra en patient til gruppen eller omvendt for at skabe mening,

sammenhæng og kontinuitet. Eventuelt må det siges højt og på empatisk vis, hvad der ikke kan forstås. Det vil ofte være en hjælp for såvel gruppen som den enkelte, hvis det aftales at give tilbagemelding til patienten, når denne flakker fra emne til emne eller fra synsvinkel til synsvinkel. Patienten kan hjælpes til at øve sig i kun at sige én ting, før der gives plads til andres respons.

Det er strukturerende at hjælpe gruppen til at holde sig til **et enkelt emne**, hvis man ikke gør det for rigtigt. Et eksempel kan være en patients oplevelse af hallucinationer, som kan ses på i forhold til patienten selv, og dernæst som generel tema, hvor alle kan melde deres erfaringer ind, for dernæst at støtte dem i at udveksle copingstrategier (Kahn 1996).

Det kan være vigtigt at strukturere den enkelte **session** ved at komme med meddelelser i starten om kontakter med de enkelte gruppemedlemmer siden sidst, om afbud eller manglende besked, om ferie eller andre rammepåvirkninger. Men det kan også være vigtigt at tage løse ender op fra tidligere: Hvis en har skullet besøge nogen, tale med pårørende om noget svært, søge hjælp eller bolig e.l. kan der spørges til hvordan det gik. Terapeuterne kan også her tage op, hvis én skal have tilbagemelding på en forespørgsel, eller hvis pårørende eller andre behandlere har haft kontakt til terapeuterne. I slutningen af sessionen kan temaer, der tydeligvis ikke er afsluttede, nævnes som temaer der kan fortsættes næste gang eller i en senere session.

Det er lettere at opretholde en tryk struktur med **to terapeuter**. Hvis der er "monopolister" i gruppen f. eks. kan hele gruppen få opmærksomhed fra terapeuterne, fordi den ene kan tage sig af monopolisten. Hvis én patient fysisk forlader gruppesessionen (p.g.a. angst eller vrede), kan én af terapeuterne følge efter, hvilket kan være nødvendigt både for den, der forlader gruppen og for de tilbageblevne.

Endvidere kan to terapeuter fordele sig i forhold til en problematik i gruppen, idet de kan forsøge at alliere sig med hver sin opfattelse af det patienterne siger, sådan at medlemmerne mere trygt kan udforske og være uenige med hinanden og i hvert fald en af terapeuterne.

Endelig skal terapeuterne assistere patienterne i at skabe mening, sammenhæng og kontinuitet mellem deres **indre og ydre liv** og integrere mere affektiv erkendelse.

De strukturerende redskaber fordeler sig således over et spektrum fra generelle teknikker i den ene ende over administration af gruppens struktur og grænser til de mere specifikke teknikker i den anden ende.

Terapeuterne må være opmærksomme på **risiko for at destruere indre struktur**. Hvis man bruger tolkninger, må disse være rettet mod følelserne eller på den ydre stress-situation og ikke mod forsvaret, som patienten har brug for at bevare (McWilliams, 1994). Tolkningerne må ikke være krænkende, og det har tolkninger overfor dårligt strukturerede en særlig risiko for at blive, fordi patienterne er meget sårbare, og man risikerer let at patienten ikke forstår tolkningen eller endnu værre misforstår den. Endelig er der også risiko for, at terapeuterne fejltolker eller timer tolkning forkert. Denne risiko øges af, at patienternes afvisning og vrede hele tiden reducerer vores empatiske kapacitet (Schneider, 1999). Det er ofte bedre at bruge klarifikationer. Man må ikke angribe modstanden, men gerne kommentere på den ved for eksempel at gøre den til noget, man ser på sammen. Hvis forsvaret skal løsnes for at komme videre, kan man eventuelt "gå med modstanden", bruge humor eller paradokse interventioner (Cohn, 1988).

5) Udviklingen af affekttolerance

En veltimet afdækning af patientens følelser efterfulgt af en støtte til at være i følelserne er egoopbyggende.

De skizofrene kan opleve affekt som destruerende. Det kan slå sammenhængen i stykker for dem og gøre dem angst (Pao 1979, i Correale & Celli 1998). Opgaven er at gøre affekten til den nødvendige lim, som skal holde sammen på historien og på verden (Monsen, 1997). For at kunne blive det, må affekten først tempereres.

Terapeuterne kan støtte udvikling af affekttolerance ved at hjælpe patienterne med at dvæle ved smertefulde følelser (som sorg, vrede og krænkelthed), hjælpe med at være i dem i stedet for at skynde sig væk fra dem. Hvis terapeuterne også går væk fra følelserne, måske i et forsøg på at beskytte patienten eller gruppen mod dem, efterlader det et indtryk af at følelserne også er farlige for gruppen eller terapeuten. Det vil binde gruppen sammen at tale om følelser, der ikke er mere overvældende, end de er mulige at tale om. Irritation, sorg og følelse af svigt knyttet til det at have fået diagnosen skizofreni eller til de begrænsninger sygdommen medfører, tåles som regel godt i gruppen og kendes oftest af gruppens medlemmer. Det kan være nødvendigt - for at udvikle mere konstans i kontakt og større affekttolerance - at terapeuten finder en balance mellem at være opmærksom og nærværende på den ene side og have distance og udtynde affekten på den anden - f.eks. ved at bruge humor, eller forklaring. Hensigten er at balancere affekten uden at forlade den.

Visse følelser er sædvanligvis til stede i gruppen. Terapeuterne bør f. eks. se efter:

- 1) Følelsen af vrede og sorg over at være syg, og over at blive "diskrimineret" som følge heraf.
- 2) Affekter i forhold til terapeuterne, f. eks. at være blevet svigtet af terapeuten, at være tiltrukket af terapeuten, at være vred på terapeuten. (Det er mindre farligt for patienten at blive vred på en terapeut, hvis der er en coterapeut.)
- 3) Længsel efter omsorg, kærlighed, accept, anerkendelse m.v.,
- 4) Følelse af sorg over afslutninger og mistede muligheder i tilslutning hertil. Dette er som regel til stede, selv om sorgen ofte bagatelliseres, eventuelt med et "held og lykke" eller lignende til en, der skal slutte i gruppen.
- 5) Sorg over terapeuternes manglende opbakning ved for urealistiske forventninger osv.

A vil gerne gå ned i medicin. Terapeuterne undersøger begrundelse, samt hvordan han er kommet frem til dette. A har bl. a. talt med sin bror, som delte med A, hvordan oplevelser i opvæksten havde været frustrerende. A er bekymret for at en anden og yngre bror skal gå for meget alene med sine frustrerende oplevelser. B fortæller om sine nylige oplevelser og bl.a. en følelse af "indre helbredelse". C fortæller hun netop har set en film om skizofrene og skammede sig frygtelig, "men jeg har det godt"!

T: Men du blev skamfuld?

C: Ja jeg skammer mig over at være syg og skulle skjule det !

T: Kender I andre til det?...

C: Det er noget lort ! Hvorfor skal det lige være mig? (Fortæller om besværet med at skulle sige det til sin nye kæreste).

Efterhånden kommer der en fælles snak om at turde acceptere sine begrænsninger, at turde vise dem for nogen - om fælles frustration over pressens forvrængede fremstilling af patienter med skizofrene sindslidelser og om at føle sig udstødt og skamfuld.

Patienter vil ofte afvise, at de skulle have ovenstående følelser, så terapeuten må være den, der vedholdende viser, det er acceptabelt og forventeligt at have dem.

Ved arbejdet med symptomerne er det vigtigt, at gøre det fælles, der tidligere var privat, individuelt og ensomt. Der er et dybt ønske hos patienterne om at komme ud af ensomheden, selv om angsten nogen gange blokerer herfor. En oplevelse af at nogle følelser er fælles, gør ensomheden og angsten mindre.

6) Mening i tidligere fejltrin eller svigt

Det er meget betydningsfuldt at skabe mening i de tidligere fejltrin eller svigt, som patienterne føler, de har gjort, og som kan plage dem med skyldfølelse, skamfølelse, angst eller anden begrænsende følelse. Terapeuterne må hjælpe dem med at se det i sammenhæng med deres sygdom og deres deraf følgende manglende muligheder. Der kan etableres nyt håb, ved at se tidligere uhensigtsmæssig adfærd som følge af misforståelse eller vrangforestillinger, søgen efter accept, kærlighed, anerkendelse, beskyttelse eller anden afværge af fare.

Nogle Kvinder med skizofrenir har en promiskuøs adfærd af angst for at blive forkastet, eller i misforstået ønske om accept. Det kan efterfølgende føre til svær skamfuldhed. Ved at hjælpe dem med at se kontaktønsket som konstruktivt, men for smertefuldt udført, kan de begynde at tænke lidt mere over handlingerne uden så voldsomt at fordømme sig selv. Derefter er der mulighed for at ændre adfærden.

Patienternes selvfølelse er oftest meget lille. En følge af dette kan være at de skiftevis føler sig meget onde, eller at andre er meget onde. Det giver grundlag for at de opfatter andres ord og handlinger som fordømmende eller endog forfølgende. Deres egne reaktioner på andre kan således let komme ud af proportioner og blive sårende for andre. Når de vurderer sig selv forkert, kommer de altså også let til at vurdere andre forkert. Gruppen er et meget velegnet medium til korrektion af disse misopfattelser, idet mange forskellige aspekter kan komme frem og belyse situationen eller "fejltagelsen".

7) Uddybning af tema

Ved uddybning af tema forstår vi at terapeuten retter opmærksomheden mod en detalje i det patienten siger og udvikler den i sine egne tanker, i stedet for at negligere den. Denne udvikling kan baseres på fremhævelse eller uddybning af temaet ved at specificere forbindelser til andet i patientens eller gruppens

liv. På denne måde kan terapeuten illustrere for patienterne at der er mulighed for en rigere verbalisering og nuancering end de troede tidligere (Carrao 1979, i Correale & Celli 1998). Dette kan være en strategi til etablering af indre struktur.

Det er starten på gruppemødet. En ny deltager er der for første gang. Imidlertid er de gamle deltagere travlt optaget af at et gruppemedlem ikke havde fået tilstrækkeligt besked om en medicins virkning og bivirkning. Det begyndte på det sidste gruppemøde, hvor de gav udtryk for, at terapeuterne havde svigtet. En af de gamle deltagere, B, sagde ikke noget sidst, da emnet var oppe første gang, men siger nu, hvad han mente sidst (kritik af terapeuterne), samt hvad han tænker om det at være ny i gruppen. Gruppen koncentrerer sig nu om den nye. Først senere vender terapeuten tilbage til B, og nævner at det B havde holdt tilbage sidst, (for ikke at såre terapeuterne) også var gavnligt at få sagt af hensyn til de andre gruppemedlemmer, samt fremdrager et par eksempler fra livet udenfor gruppen, hvor B har holdt sin mening tilbage for ikke at såre andre, men derved selv er blevet efterladt presset. På den måde blev det tydeliggjort, at det medlemmerne mener og tænker er vigtigt for udviklingen af de andre i gruppen og dermed for hele gruppen.

Her er et eksempel, hvor gruppen skal flytte og ikke vil tale om den utryghed dette giver dem:

A nævner, at hendes far døde i går for et år siden. A har klaret det, selv om det har været svært. I forlængelse af dette taler gruppen om svær utryghed ved et militærkup, der få dage tidligere har væltet et styre i Sovjetunionen, der var mere åbent end tidligere. Terapeuten foreslår, det kunne være rart, hvis gruppens grænser kunne være mere beskyttende. Gruppen fantaserer om helt lukkede grænser, om beskyttelse som i en lukket afdeling, men også at dette miljø næsten ville bliver psykotisk uden udveksling med omgivelserne. Terapeuten påpeger at også gruppen er utryg, fordi den skal flytte. A bliver enorm vred: "Flytningen er småtingsafdelingen... det var noget helt andet, hvis den skulle nedlægges!"...

Terapeuten: "Det er klart flytningen ingen som helst betydning har, det er derfor, det rejser sådan en vrede, hver gang vi nævner det" (går med modstanden med humor). Herefter kan der grines, og alle kan sige noget om, hvordan gruppens flytning gør dem utrygge og kommer dem utilpas. De tænker, de bare kan flyttes rundt med og at terapeuterne ikke ønsker at passe på dem.

Gruppens underliggende tema var utrygheden ved at flytte, men det var ikke muligt at tale direkte om det før terapeuterne på denne måde fik det præsenteret i gruppen på en acceptabel vis.

8) Kontrolleret narrativ

Herved forstås, at terapeuten forsøger at samle nogle af de forvirrende og afspaltede associationer, der er i gruppen, til en mere artikuleret og forståelig historie. Historien skal ikke relatere sig til en enkelt patient men præsenteres som en fortælling, hver enkelt patient kan identificere sig med. Den vil indeholde så meget almenmenneskelighed og affekt, som det er muligt at dele i gruppen. Den kan være en spire til en historie, som terapeuten kan bede de enkelte medlemmer kommentere på. Både denne

teknik og den uddybende tematisering tilbyder en tilgang til affekter, som ikke er for direkte eller personlig. Affekterne bliver herved ikke invasive, og kan tømmes ud i og rummes i gruppen (Neri 1995, i Correale & Celli 1998).

Eksempel: Terapeuten: "Jeg kommer til at tænke på en historie om et par der havde et kæresteforhold på hver anden dags basis."

Hertil kan flere relatere sig. Nogle fortæller, hvordan de selv hurtigt kan få lyst til at være alene igen, når de er sammen med kærester eller mulige kærester. Andre beretter, hvordan de straks vil føle sig kasseret, hvis den anden foreslog noget sådant.

9) Metaforer

Metaforer indeholder den dobbelthed, som kan være helt central for at forstå den psykotiskes ambivalente verden og adfærd. For den psykotiske kan metaforen netop være balancen mellem sammenhæng og kaos. Det er et sprogligt udtryk, som knytter forskelligheder sammen. Skizofrene har sværere end andre ved at symbolisere. Men metaforen har symbolværdi og fantasiform, hvilket giver den mulighed for at rumme modsætninger med emotionel ladning. Hos psykotiske, som kan have tilbøjelighed til at splitte historien (i modsætning til neurotiske, som fortrænger den), forstår man at netop metaforen kan rumme de forskelle, som ellers ikke kan rummes, og dermed danne spiren til sammenhæng for patienterne. Metaforen kan "røre i dybden uden at forstyrre overfladen", som M. Cox sagde.

Selv om "billedet" fra konkret tænkning kan virke som symbol, og dermed som en metafor for andre, kan det aldrig få den værdi for ophavsmanden, for hvem den vil være antiterapeutisk. At tænkningen er konkret, betyder netop at indholdet af tankerne ikke kan generaliseres, men er bundet til f.eks. en konkret begivenhed. "Billedet" fra konkrete tænkning må derfor ikke anvendes som metafor i gruppen. Konkret tænkning ophæver forskelle, mens metaforen forener dem. Konkret tænkning er invasiv og destruerende for sammenhængen - det terapeutiske rum er klappet sammen. Derimod er metaforen, med sin "as if" karakter opbyggende for sekundær-processer; den skaber mening og rummer forskelle. Den er en brobygger mellem primær og sekundær tænkning.

Eksempel: "Han har et hjerte af sten". En sådan udtalelse kan af en psykotisk opfattes konkret. Det kan senere have svært at bruge udtrykket som symbol, idet den konkrete psykotiske oplevelse huskes og forhindrer at patienten kan lege med billedet og dermed bruge det i symbolsk eller overført betydning.

Hyppigt forekommer association og billedsprog om terapeuten, for eksempel: "lærer", "autoritet" "forælder", om gruppemedlemmerne, for eksempel: "skolekammerater", "søskende", om gruppegrænser: f. eks. "regler", "vaner", "barrierer". Men metaforer vil også forekomme om det at hemmeligholde eller skjule noget emotionelt, om psykiske forstyrrelser og brist, om tilknytning, sikkerhed, skjulte ophobede følelser, og om den terapeutiske proces og afslutning.

Metaforer skal ikke altid oversættes, og hvis de oversættes er timingen vigtig. Metaforer kan være en måde at håndtere farlige følelser på. De kan være historieskabende, fordi de indeholder affekt, som "limer oplevelser sammen", og fordi de langsomt kan afgive denne affekt til de enkelte gruppemedlemmer. De

er fællesgods i højere grad end individuelle beretninger.

10) Modelscene

En modelscene er en scene, der er fantaseret af patienten og terapeuten. Den genkalder det følelsesmæssige forhold i et relationsmønster, som patienten har været udsat for fra en omsorgsperson. I en modelscene kan man se på, hvad der sker mellem to personer og deres emotionelle positioner. Scenen er altså ikke en enkelt erindring, men tager form som en erindring. Det er en metaforisk optimal måde at udtrykke patientens emotionelle position på, hver gang han interagerer med en elsket eller signifikant anden (Correale & Celli 1998). Modelscenen er metaforisk sagt et rum med mange døre, hvor hvert medlem har mulighed for at forestille sig selv i scenens karakterer, og dermed se scenen fra forskellige vinkler. Dermed kan der stilles skarpt på gensidigheden i relationen, som netop giver den basale rytme til den enkeltes liv og desuden er vigtig i gruppen. Modelscenen indeholder en række emotionelle erfaringer, som er typiske og vigtige for gruppemedlemmerne og dermed betydningsfulde identifikationsmuligheder. Modelscenen har den fordel, at den ikke knytter sig til én situation, og ikke nødvendigvis til én person, men kan føles vedkommende for flere - være et kollektivt sted. På en måde er følelserne fraspaltede og alligevel til stede. Modelscenen kan forene kognition og emotion, som patienterne ellers ofte må holde adskilte.

En modelscene forekommer ikke ofte, men opstår en gang imellem i en gruppes liv. Den kan ses som resultatet af et langt (måneder til år) forberedende arbejde, med opsummeringen af en række detaljer og løse fragmenter til den resulterende hele og forståelige form. Modelscenen kan således være resultatet af andre anvendte teknikker, som metaforer, uddybning af tema, kontrolleret narrativ og forklaring af ideologier.

Eksempel: Terapeuten kan sammenfatte:

"Vi kan forestille os en lille dreng, der skal til 1. skoledag. Drengens mor ledsager, men er meget usikker og spørger hele tiden drengen, hvad hun skal gøre. Drengen, der er meget usikker på hvad skolen er, bliver meget bange for at mor ikke kan passe på ham og bruger al sin energi på at hjælpe og støtte mor og gemmer sit eget behov for støtte langt væk."

Terapeutens motiver.

For at få den optimale funktion ud af terapien, er man nødt til at være opmærksom på terapeutens behov. Terapeutens behov er en nødvendig drivkraft for en vellykket terapi. Terapeuten må stå ved de motiver og ambitioner, han har på egne vegne, for at kunne være troværdig. Terapeutens motiver er ofte

- 1) Et behov for at kunne udfylde funktionen som terapeut. Det vil bl.a. sige at kunne stimulere til verbalisering.
- 2) Et ønske om at tilfredsstille sin nysgerrighed m.h.t. patienten specielt og psykisk lidelse generelt.
- 3) Et ønske om at frembringe noget værdifuldt, en særlig meningsfuld kontakt (Stone, 1996).

Det svarer måske til det Stern m.fl. kalder "moments of meeting", som udvider verden og giver mulighed for vækst (Stern m.fl., 1998).

Behovet for at kunne udfylde **funktionen som terapeut**: medfører blandt andet at terapeuten må "have kapacitet til at tolerere og rumme intense udtalte og ubevidste konflikter og kunne opretholde en balance mellem aktivitet og inaktivitet, respektere en langsom ændringstakt og få personlig tilfredsstillelse ud af selv små ændringer"(Stone 1996).

Det er for alle behandlere en stor udfordring at holde den terapeutiske balance og samtidig investere sig selv terapeutisk. Terapeuten må være motiveret for at udvikle sig, være ydmyg og klar over, at det er patienterne, der er de vigtigste lærermestre. Ellers risikerer han hurtigt at blive drænet for energi og engagement. Terapeuten vil ikke kunne etablere, reetablere og slet ikke opretholde en kontakt til patienterne, hvis han ikke er motiveret for en kontakt, der indebærer en psykologisk ærlighed, ja næsten nøgenhed.

Ydmyghed overfor at patienterne sidder inde med den enorme informationsmængde, som er central for terapeut og terapi, kan hjælpe til en terapeutisk givende kontakt. Samtidig er en insisteren på at søge del i denne viden gennem kontakten betydningsfuld.

Terapeutens generelle teoretiske referenceramme og specifikke hypotese om hver patient fremmer dels terapeutens tilfredsstillelse ved terapien og driver dels terapien fremad. Hypotesen om patienten er formuleret efter de indledende interviews. Det vil hele tiden danne grundlag for interventionerne, så terapeuten kan fremme analyse og få gruppemedlemmerne til at verbalisere frem for at handle, at reflektere og blive mere klar på, hvad er "jeg", hvad er "dig" osv. Men det kræver et emotionelt intenst og varmt engagement fra terapeutens side, idet disse patienter hurtigt bliver mistænksomme og angste og må forsvare sig mod de svigt, de altid venter.

Terapeutens nysgerrighed - en anden vigtig motivation - struktureres af den bagvedliggende teori.

Terapeuten er interesseret i at vide hvorfor patienten reagerer, som han gør og hvad terapeuten kan gøre ved det. Nysgerrigheden rettes mod forsvar, drifter, tilpasningsmåder, personlighedsstrukturer m.v. og kan være begrænset af den bagvedliggende teori, som terapeuten måske for rigtigt ønsker bekræftet. Den kan rettes mod historien, "her og nu" og fremtiden, mod følelser kontra adfærd, mod modoverføringer i terapeuten i form af følelser og erindringer kontra det, der observeres i gruppen. Hvis den respons, gruppen giver (eller ikke giver), skaber nysgerrighed i terapeuten, er det befordrende.

Terapeutens ønske om **særlig meningsfuld kontakt**, søgen efter at frembringe noget ønskværdigt eller eftertragtet, som måske bedst kan betegnes med ord som "intensitet" eller "energi", noget mellemmenneskeligt, som ligger ud over ovennævnte intellektuelle tilfredsstillelse, er en tredje vigtig motivation. Denne "intensitet" eller "energi" kan fremmes ved at etablere interaktion mellem gruppemedlemmerne, ved at få gruppemedlemmerne til at reflektere, få den enkelte til at holde fast i sine egne følelser på den ene side og acceptere at andre måske har anderledes følelser på den anden. Terapeuten må ønske at se patienterne erobre ny kunnen og erkendelse.

Terapeuten må tage sig selv alvorlig, for at kunne tage patienten og patientens følelser, og dermed relationen alvorlig. I denne proces er modoverføringen vigtig information.

Terapeutens stil

Terapeutens stil skal være præget af empati, humor, transparens, aktivitet og gratifikation (i modsætning til neutralitet, tolkning af humor, ugenomsigtighed, afventende tilbagetrukkethed og frustrerende holdning). Som regel skal man ikke gå ind og tolke modstanden, men gå med den, og dermed gøre den overflødig.

I alle grupper vil terapeuten finde en balance mellem at være **aktiv og passiv**. I skizofrenigruppen vil det være nødvendigt at være mere aktiv end i grupper med neurotiske og borderlineorganiserede. For eksempel er tavshed mere angstprovokerende og ofte helt uacceptabelt ødelæggende for gruppemedlemmerne. Men den ydre aktivitet hos terapeuten må afspejle en indre aktivitet og reaktivitet.

Det kan være vigtigt at nævne patienterne ved navn, at se rundt og få øjenkontakt med deltagerne, og ikke at være "tilbagelænet". Hvis formen ikke er båret af et indre engagement, opfatter patienterne det hurtigt.

Terapeuten må også finde en balance mellem at være **transparent** på den ene side og være **intransperant** på den anden. Mens man i grupper af neurotiske holder sig neutral for at fremme overføringen, er det nødvendigt at være til en vis grad synlig med holdninger, meninger og konkrete oplysninger om sig selv og sin færden, når man er terapeut i en skizofrenigruppe. Terapeuterne kan f. eks. lære patienterne at realitetsteste virkeligheden, ved at teste deres forestillinger om terapeuterne, og terapeuternes følelser. Det kan være betydningsfuldt for en patient at vide, at terapeuterne gerne vil have de kommer til sessionerne, og at de ikke, som forestillet, er lettede, når patienten bliver væk. Ofte kan det være hensigtsmæssigt at sige det, de ellers kan skaffe sig oplysninger om ad anden vej.

Endelig må terapeuterne finde en balance mellem at være **gratificerende** og **frustrerende**. Generelt kan en selvaccept kun etableres hos skizofrene efter integrering af "betydningsfulde andres" accept. I en god terapi, bliver terapeuterne "betydningsfulde andre". Men en gratifikation, som ikke er autentisk vil virke infantiliserende og dermed krænkende og antiterapeutisk. Virkningen af interventionen afhænger således mere af, hvordan terapeuten er til stede i den i relation til gruppemedlemmerne, end det konkrete indhold af den (A. Lindhardt, 1998, personlig kommunikation)

Terapeutens opgaver

For at kunne anvende de tidligere nævnte arbejdsmetoder, kan det være befordrende at se på terapeutens roller eller opgaver.

1) Først og fremmest må terapeuten være **aktivt lyttende** efter 1) gruppens og patienternes eventuelt underliggende materiale, 2) patienternes regressionsniveau og 3) bevægelse mod mere regressiv eller mere progressiv tilstand.

Eksempel: En patient fortæller ret detaljerede fantasier om sexuel samvær med en af terapeuterne. Terapeuten: "Det er ikke usædvanligt at have seksuelle fantasier om andre, for eksempel nogen der betyder noget for én, men når du bringer det op her i gruppen handler det måske også om en angst for om du eller gruppen betyder noget for mig, for os?"

Her har terapeutens indre refleksion fokuseret på at patienten nu tør sige noget om hvor stor en rolle terapeuten spiller for hende. Samtidig er patienten ude på at teste terapeuten og resten af gruppen. Hun hader sig selv og prøver at få gruppen til at hade hende, så hun kan projicere sit had ud på gruppen/terapeuten. Ved at intervenere som ovenfor anført baner terapeuten vej for at patienten kan hade sig selv mindre, og at de andre i gruppen kan relatere sig til hende ved at identificere sig med den side af angsten, der handler om at betyde noget for terapeuterne. Interventionen er kulturskabende (se nedenfor) idet den viser en empati med den lidende side af patienten, og ikke så meget den provokerende. Interventionen er angstdæmpende ved at flytte fokus væk fra det intense og intime tema om patientens seksuelle fantasier om terapeuten. Patienten og gruppen bevæges med denne tolkning i en mere progressiv retning.

2) Dernæst må terapeuten være **kulturskabende**, dvs være model for en kultur i gruppen, hvor det er tilladt at være forskellig (for eks. på områderne køn, interesse, symptomer, copingstrategier) og at have følelser.

"Jeg tror, jeg ville være lidt glad/lidt ked af det/lidt vred, hvis jeg havde oplevet, det du oplevede"

"Jeg savnede dig sidst, jeg blev lidt nervøs for dig".

Terapeuten kan eventuelt vise sin reaktion med ansigt og krop, på en klar og dog beroligende måde. Terapeuten må være nysgerrig og undersøgende, f. eks. overfor egne grænser, men også overfor andres konkrete liv, ved at have fokus på en skelnen mellem "jeg", "du" og "I", og ved at korrigere patientens objektopfattelse af andre fra "ting" til "person".

Terapeuten må opbygge en kultur, hvor der først skelnes mellem fortid, nutid og fremtid, mellem "udenfor" og "indenfor", mellem "udefra" og "indefra", mellem individ og gruppe, mellem affekt og cognition, mellem proces og indhold, mellem indsigt og korrektiv emotionel erfaring - og dernæst skabe sammenhæng mellem dem.

3) Terapeuten må være **angstdæmpende** i sin stil ved at forklare, gentage og "oversætte", for at minimere sårende oplevelser. Terapeuten må være mere synlig i regredierede grupper, og mindre synlig i bedre fungerende grupper - f.eks. ved at gratificere i de regredierede grupper, mens en vis frustration kan virke befordrende i de bedst fungerende grupper. Terapeuten må have en udbygget empatisk forståelse for medlemmernes udsagn, med henblik på at forstå den angste position, de udtales fra, så en positiv reformulering kan dæmpe angsten i gruppen og øge empatien.

4) Terapeuten må have en egoopbyggende og en **udforskende** funktion i gruppen. Opgaver kunne være: 1) At øge evnen til at rumme affekt, ved at verbalisere affekten i et minimerende ordvalg, og opretholde opmærksomheden på den. 2) At hjælpe patienterne til bedre at kende egen angst, hvad der trigger den, og hvad den medfører. 3) At øge deres evne til at opdage, hvad der stresser dem, om det er irrationelle processer i patienten, eller tilbagevendende situationer i relation til bestemte personer eller opgaver, og kan dette stres håndteres anderledes. 4) At øge evnen til at se og forstå indre konflikter, samt dermed forbundet angst eller sorg. Kan disse konflikter og de dermed forbundne følelser afhjælpes

eller reduceres?

Desuden må terapeuterne 5) kunne demonstrere gruppeprocesser, og hjælpe gruppedeltagerne med at se, hvad der er konstruktivt for dem, og hvad der er destruktivt, samt 6) hjælpe dem med at se hvilket ansvar, de har for sig selv i disse gruppeprocesser, og hvilken betydning, de har for hinanden.

5) Terapeuten har en opgave som **administrator**. Det er væsentlig både at sikre sig aftaler udadtil med afdelinger, ledelse og andre behandlere, som kan få indflydelse på rammerne for gruppen; samt at sikre sig aftaler i forhold til patienterne (med deltagelse, afbud, adfærd) og arbejdsfordeling i forhold til andre behandlere (med hensyn til medicin, erklæringer, indlæggelse, kontakt til pårørende) og kontakt til terapeuterne udenfor gruppesessionerne. Desuden må man eventuelt have aftale om information til andre under gruppeterapien og efter dens afslutning. Der skal også være aftale om opgavefordeling coterapeuterne imellem. Der skal sørges for de fysiske rammer til den enkelte session og på langt sigt, ligesom videooptagelse, båndoptagelse, one-way-screen eller observatører skal være aftalt. (Kibel, 1992)

6) Terapeuten må sikre **grænserne** af f. eks. grupperummet, så andre ikke bare kan gå ind ved en fejltagelse, ikke naturligt kan kikke ind af vinduerne, eller støjede generende. Der må etableres regler omkring fremmøde, afbud, rummet, mødets varighed, kontakt udenfor gruppen medlemmerne imellem og til terapeuten. Døren må lukkes præcis, og der må markeres "optaget" udenfor. Informationer må gives i starten af gruppesessionen, så som afbud, henvendelser fra patienter, møder mellem patient og terapeut udenfor eller andet. Rammerne skal være klare. For eksempel kan terapeuten markere begyndelsen og afslutningen af sessionen : "Nu er kl. to og vi kan bruge den næste time sammen her", "Nu er tiden gået, og vi ses igen på tirsdag !", men gerne med mere fyldige kommentarer f. eks knytte forbindelse til tidligere session og afrundende for den aktuelle session. Regler om adfærd i gruppen, som er givet ved introduktionen, må eventuelt gentages ved behov.

7) Terapeuten må være i stand til gradvist at bevæge sig fra at **tilbyde** struktur til efterhånden kun at **understøtte** eksisterende **struktur**. Cox's strukturdimensioner er tid, dybde og gensidighed (Cox, 1978). Men struktur bygges også over de øvrige dimensioner, som er nævnt under den kulturskabende rolle.

Med hensyn til tid, må patienterne hjælpes til at komme ind, være (til stede) og komme videre.

Terapeuten må kunne tilpasse sig en meget strukturerende stil i den ene ende, hvor han må identificere et tema, bede de enkelte melde ind om deres erfaringer og opfordre til udveksling af copingstrategier. Når patienterne flakker fra emne til emne, må terapeuten intervenere for at fastholde emnet og skabe sammenhæng i samtalen. I den anden ende må terapeuten kunne udnytte, at patienterne selv har en struktur, på baggrund af hvilken emneskift og forsvar kan analyseres. Der må dog være en konstant opmærksomhed på, at patienternes grundlæggende struktur er psykotisk og er tilbøjelig til at fragmentere. Efterhånden kan der rettes mere opmærksomhed på "jeg / ikke-jeg" grænsen.

Graden af strukturering skal kunne ændres i forløbet med en gruppe, men også fra patient til patient.

8) Begyndende **tilknytning** til de andre gruppemedlemmer begynder allerede i assessment interviewet ved omtalen af gruppen, gruppemedlemmernes alder, køn osv. Deres interesse for hinanden stimuleres og understøttes. Ligheder og forskelle konkretiseres, subgrupperinger må til en vis grad accepteres, men

også balanceres, med henblik på at undgå, at nogen bliver udstødt. I sessionen må man eventuelt bede dem om at henvende sig direkte til hinanden, i stedet for at tale til terapeuten. Gruppemedlemmerne må stimuleres og støttes til at komme med kommentarer og meninger, så de kan blive klar over deres medvirken ikke er ligegyldig for de andre, men kan være en hjælp til at få kundskab om andre, om dem selv og om forhold ved tilværelsen iøvrigt. Det er ikke usædvanligt at tavshed fra de andre opfattes som manglende interesse og fører til ensomhedsfølelse, men at tavshed fra dem selv føles sådan for de andre i gruppen er ofte nyt. Terapeuten må værdsætte deres bidrag, og klargøre at både behagelige og ubehagelige meninger og følelser kan have betydning.

Man skal i gruppen støtte patienten i at være sammen med andre og at håndtere disse samvær. Det kan være i relationer til forældre, kærestes og kammerater, og det kan være i aktivitetscentre, på studie-, uddannelses- og arbejdspladser. Et middel til kontakt er en udviklet evne til empati. Gruppen er et betydeligt bedre medium til udvikling af dette end den individuelle terapi, fordi muligheden for indlevelse bliver præsenteret igen og igen fra de andre gruppedeltagere.

Mange situationer i gruppen lægger op til at spørge:

“Hvordan tror du han tænker/føler?”

“Hvordan ville gruppens medlemmer have det hvis de var i A´s sted? Hvis de var A´s kærestes sted ? ...osv. ”

Ved at fremhæve fælles følelser og problemstillinger vil tilhørsforhold kunne udvikles og kommunikationen bedres. Med en bedret kommunikation kan selvfølelsen udvikles gennem identifikation med gruppen, eller ved at gruppen kommer til at fungere som selvrepræsentation.

Det vil øge muligheden for, de bliver i stand til at søge støtte fra mere uafhængige kilder end gruppeterapien. En stimulering til at søge hjælp er et vigtigt aspekt for bedring af kontakt i og udenfor gruppen.

9) Terapeuten må **identificere temaet** i gruppen ved at observere, lytte og spørge ind, for at forstå hvad det er. Undertiden må terapeuten bringe et tema ind fra en tidligere session. Temaet skal være aktuelt og relevant for hele gruppen eller de fleste i gruppen. Herefter må terapeuten holde fast i temaet, indtil flere eller alle, der vil, har talt om deres erfaringer med temaet, og deres eventuelle problemer, spørgsmål og råd til hinanden.

Hyppige temaer er 1) bekymring om sygdommen/diagnosen, 2) bekymringer om behandlingen, 3) bekymring om andres symptomer og sygdom, 4) skam over at være syg 5) bekymring om pårørendes holdning til patienten generelt og til patientens sygdom, 6) isolation, 7) ensomhed, 8) alenetilværelse, 9) fremtiden.

10) Terapeuten må **håndtere affekterne** i gruppen for at undgå den destruktive effekt af dem og opnå den sammenbindende effekt. Det kan være frugtbart at skelne mellem patientens umiddelbare emotionelle behov og det måske mere objektive mål om bedret emotionel funktion, selv om der er et betydeligt overlap. Terapeuten må identificere, verbalisere og tolerere affekter. Afhængig af affektens karakter og styrke, må terapeuten generalisere eller individualisere, være vedholdende nær, eller på

afstand f.ex. ved hjælp af humor. I dette arbejde må terapeuten identificere (men ikke nødvendigvis verbalisere) modoverføring, "pairing", synde buksfunktion og separationsangst.

Affekter viser sig oftest i ikke-verbaliserede udtryk, kropslige attituder, modoverføring, aktivitetsniveau, tone og styrke i talen.

For at få en første accept af ikke erkendte følelser, er det ofte nødvendigt at underdrive i verbaliseringen af dem. Man må være opmærksom på at følelsesmæssige behov, kan være "at høre til" i gruppen, at have betydning for de andre, for terapeuterne, at være savnet, at være ønsket osv.

11) Terapeuten må fremme problemløsning. Terapien skal sigte på at forbedre gruppedeltagernes hverdagsliv. De kan ofte give hinanden vigtige oplysninger og måske råd om hverdagslivets problemer. Med skrøbelige patienter kan det være vigtigere at gå ind i en konkret problemløsning, end at "gå med" på en metafor. Dette styrker selvtilliden og selvsikkerheden hos medlemmerne. Det er en balancegang om man skal gå ind i en analyse af det symbolske før eller efter den mere konkrete håndtering. Afmystificering og fjernelse af misforståelser er et vigtigt element i problemløsning. Patienterne taler ofte om parallelle begivenheder, hvilket terapeuten eventuelt må gøre opmærksom på. Senere kan de selv.

12) Terapeuten må fremme indsigt og selvfølelse ved at hjælpe patienten med at skabe sammenhæng, f. eks. at huske sider af patienten, som glemmes i nuet, at huske andre og andres følelser, at etablere patientens forståelse af egne reaktioner og følelser. Midlet er bl. a. konfrontation, som kan føre til en sårbar situation, hvor aggression mobiliseres som forsvar. Selvindsigt ledsages ofte af svær angst og stress og kan føre til psykose. Angsten og sorgen må rummes og afgiftes. Spejling i de andre gruppemedlemmer kan ligeledes give indsigt.

Indsigt kommer ikke altid umiddelbart. Angsten kan forsinke den, da indsigt føles "risikabel" for dem. En tilsyneladende overfladisk indsigt mødes undertiden med meget stærkt forsvar.

Patientens historie bringes sjældent ind af terapeuten, der koncentrerer sig om her-og-nu situationen. Den kan bringes ind af patienterne og dermed undersøges og benyttes til at sætte nutiden i relief.

Terapeuterne skal hjælpe patienten med at opbygge selvrepræsentationer ud fra de to kilder **a) den subjektive selvfølelse** - et center for initiativ og modtagelse af indtryk, men også for at føle og tænke - og **b) den objektive selvfølelse** - et observerbart selv blandt andre selv'er, et objekt for andre og for patienten selv (Auerbach & Blatt, 1997). Opdelingen i subjektiv/objektiv selvbevidsthed er en forudsætning for refleksiv selvbevidsthed.

Forudsætningen for selvrepræsentationer er en **refleksiv selvbevidsthed**, og forudsætningen for en refleksiv selvbevidsthed er det man kunne kalde et krops-selv eller et kerne-selv.

Selvrepræsentationer opbygges ved at der bliver en klar grænse mellem "selv" og "den anden" eller "selv" og "ikke-selv". Hvis denne grænse er vag eller manglende, kan oplevelsen, når patienten ser ind i sig selv, give en større følelse af "ikke-selv" end af "selv". Det fører til den psykotiske fornemmelse af manglende identitet, og dermed behov for eksternalisering i form af vrangforestillinger, hallucinationer osv.

Skizofrene har en grænseforvrængning og hyperrefleksivitet, som medfører en overdreven

opmærksomhed på sig selv og på egen mental aktivitet. Denne refleksive bevidsthed om sig selv kan i overdreven form føre til konfusion og perpleksitet, som om der slet ingen grænse er mellem selv og andre eller som om der sker en opløsning af egogrænser.

Der er behov for velstrukturerede rammer, med konstant pålidelig, forudsigelig terapeut, som tilbyder spejling og accept og som støtter pt's famlen sig frem mod skelnen mellem "selv" og "ikke-selv". Spejling med emotionel anerkendelse fra andre, medfører også egostøtte.

Typiske beskyttelsesmønstre

I gruppen hænder det at deltagerne får eller påtager sig faste roller, som tjener til opretholdelsen af en fælles balance. Også skizofrene er tilbøjelige til at indtage roller. Bag rollen er der en slags ideologi, en måde at føle på, et syn på verden, som appellerer til at andre i gruppen også følger den. Terapeuten må forsøge at få gruppen til at kommentere på konsekvenserne af denne ideologi, frem for på selve rollen, ved f.eks. at få gruppen til at diskutere fordele og ulemper ved filosofien om selvforsyning kontra filosofien om accept af afhængighed. I rollen er indeholdt hvordan rolleindehaveren relaterer sig til andre, hvordan han forventer andre responderer og hvordan han er tilbøjelig til at forholde sig til andres mulige respons. Når rollen bliver en del af en modelscene, kan den måske ændres og en udvikling kan ske.

For terapeuterne i en skizofrenigruppe kan det være hensigtsmæssigt at kende følgende **fire roller**: den social/selskabelige rolle, den strukturerende rolle, den divergerende rolle eller den forsigtige tilbagetrukne rolle, der tjener som individuelle forsvar, men også indgår i hele gruppens måde at forsvare sig på (Stone 1996). I stedet for at se dem som individuelle forsvar, kan de ses som et forsøg på at opnå en basic assumption gruppe (det fælles balancerede forsvar mod erkendelse) (Bion 1961).

Den sociale rolle indebærer at patienten monitorerer intensiteten i de interpersonelle relationer i gruppen og bygger positive relationer. Ofte siger indehaveren af denne rolle velkommen til de nye, bryder spændingen ved hjælp af vittighed eller emneskift, og dæmper angsten ved selv at fortælle. Eventuelt kan rollen være så udtalt at den bremser forandring, men den er ofte god til at skabe sammenhæng (kohæsion) i gruppen. I visse tilfælde kan den give anledning til syndebuksreaktioner.

Den strukturerende rolle ligner terapeutens rolle. Den har et kognitivt tilsnit og går ud på at forstå og verbalisere hvor gruppen er på vej hen. Bærerne af rollen kan f. eks. pege på hvilke opgaver, der skal løses, og hvad der går forud for emotionelle affektive udbrud. De deler ofte egne erfaringer, og spørger ind til andres erfaringer. De undersøger følelser i relation til brud på gruppens grænser, og rejser spørgsmål i gruppen om det der foregår udenfor, måske mere end de rejser spørgsmål om interaktionerne i gruppen. De er ofte "oversættere" af det der foregår, dvs. har terapeut-lignende funktioner.

Den divergerende rolle er associeret med syndebuksfunktionen. Det handler om ofte om at bære følelser, som for gruppemedlemmerne er uacceptable. Det er følelser, som alle har del i men ikke vil acceptere, og derfor projiceres de over i bæreren af den divergerende rolle. Det kan dreje sig om for meget fjendtlighed, "for hård" konfrontation, udtryk for erotisk kærlighed, eller afvigelse fra hvilken som helst af de gængse gruppe love. Rollen giver anledning til en del affekt og interaktion. Dette kan tjene

meget magtfulde og produktive kræfter, eller medlemmet kan blive udstødt/ ofret.

Den forsigtige / tilbagetrukne rolle er en personificering af, at det kan være farligt at sige noget om sig selv. Man kan blive såret. Det betyder, at der er noget, der kan være farligt at vise, at de andre kan såre én, at man kan komme til at såre de andre, at noget kan være upassende o.s.v. Men det betyder også at man kan have hemmeligheder for de andre og holde visse aspekter for sig selv.

Gruppeterapiens faser

Analytiske grupper gennemløber en udvikling, som forskellige forfattere har opdelt i et antal faser. Stone (1996) skriver om fire faser, som også er det gængse i analytisk gruppeterapi generelt: 1) etablering, 2) interaktion, 3) integration /autonomi og 4) termination.

Da angst og affekt tåles meget dårligere af skizofrene end af bedre strukturerede patienter, vil denne inddeling være mindre synlig, måske fordi de grundlæggende har en symbiotisk personlighedsstruktur, og derfor ikke klarer stresset ved differentiering. Fokus på tryghed skal fremme det terapeutiske arbejde og ikke hindre arbejdet med de følelsesmæssige problemer. Dette arbejde er en forudsætning for, de kan komme til næste stadium. Generelt kan man sige om forløbet i gruppen, at de først kæmper med at acceptere gruppen som en terapeutisk mulighed. Efterhånden kan der åbnes op, tages risici og arbejdes med psykiske problemer og relationer til andre. Til sidst kan patienterne individuere og differentiere sig mere. Noget skal udvikles som forudsætning for at næste trin kan finde sted (Opalic, 1990).

De forskellige faser i gruppen har hver sine karakteristika og opgaver. I løbet af faserne sker der skift i gruppens engagement, undgåelsesadfærd og konfliktniveau efter et nogenlunde genkendeligt mønster. Selv om faserne tenderer til at være kronologiske, er udviklingen ujævn og kan gå frem og tilbage, ligesom flere faser kan være til stede i gruppen i samme session.

1) Etablering:

Den første gruppetid vil ofte være præget af at gruppemedlemmerne nok sidder ved siden af hinanden, men ikke forholder sig direkte til hinanden. Gruppemedlemmerne er i denne fase meget usikre og ser efter anvisninger fra terapeuten. Hvis de ikke finder vejledning der, søger de efter alternativ vejledning, f.eks. fra andre, der har gruppeerfaring. Der søges efter: Hvad kan vi tale om her? Hvad skal man undgå? Hvordan deltager man? Kan man komme for sent? Hvor ofte kan man blive væk?

Et tema som ofte bringes op er forskellen på at gå i gruppeterapi og individuel terapi. Det undersøges hvordan det er at skulle dele terapeuterne, i modsætning til at have sin egen terapeut.

Gruppen er præget af en dyb frygt for at man kan miste sig selv! Kan man stole på gruppen? Vil den såre deltagerne? Kan man komme til at ødelægge gruppen? I gruppesessionen vil patienterne "lege ved siden af hinanden", mens nogen af dem uden for gruppen vil danne subgrupper, f.eks. ved at arrangere at tage transportmidler sammen, køre med hinanden, arrangere møder udenfor, udveksle navne og telefonnumre m. v. Det er et forsøg på at arrangere bånd som kan gøre det tryggere at være i og arbejde i gruppen. Det kan dog få enkelte, som føler sig holdt udenfor, til at ophøre med at komme i gruppen. Patienterne kan regrediere, hvis de kommer under stress. Angsten for en ny kan få nogle gruppemedlemmer til at blive

væk, når den ny skal komme første gang. Især i gruppens start ses patienternes besvær med at rumme følelser og angst. Dette projiceres måske ud i gruppen og skaber angst i de andre, hvilket kan få nogen til at ophøre med at komme i gruppen.

Når en ny patient kommer i gruppen, fortæller en eller flere af de gamle ofte en dramatisk historie om død eller psykotisk sammenbrud udenfor gruppen. Eller der opstår på anden måde en dramatisk scene i gruppen, fordi det at få en ny i gruppen er så skræmmende at følelserne løber over, symbiosen er truet og terapeuternes opmærksomhed kan have svært ved at slå til.

Eksempel 1: Første session A er til stede fortæller en af de gamle gruppemedlemmer om en bekendt, som har begået selvmord. Det viser sig også den nye patient kender vedkommende og ikke vidste om selvmordet.

Eksempel 2: Første gang B er til stede fortæller en af de gamle gruppemedlemmer om en veninde, som blev psykotisk og gjorde livet meget besværligt for vores gruppemedlem, som måtte medvirke ved en indlæggelse.

Eksempel 3: Første gang C er til stede, prøver de gamle gruppemedlemmer flere gange at monopolisere terapeuterne, idet de anklages for at have gjort noget forkert i tidligere sessioner.

(Det skal bemærkes at sessionerne adskilte sig betydeligt i tema fra de vanlige sessioner)

Det er derfor ekstra vigtigt at forberede et nyt medlems ankomst, også selv om de gamle gruppemedlemmer lægger op til at snakke om alt muligt andet, som synes presserende, måske for lige at sikre sig terapeutens opmærksomhed, så længe det kan lade sig gøre. De kan få en følelse af slet ikke at eksistere, hvis terapeuternes opmærksomhed forsvinder.

I de første sessioner er der en tilbøjelighed til at "skabe" en "dependensgruppe", for at undgå følelsen af at blive opslugt og forsvinde som individ. Denne angst medfører at patienterne mere relaterer sig til terapeuterne, gruppen som helhed eller dele af gruppen, mens dyadiske forhold er for skræmmende. Andre personer differentieres ikke ud som personer, men som dele af systemet og gruppen.

Målet i denne fase er at få etableret gruppens kultur. Formålet med gruppen bør klargøres for eksempel gennem gentagelse: Målet for den enkelte er at blive bedre til at magte egne symptomer, samt at blive bedre til at relatere sig til andre, senere er målet at øge selvforståelsen, bl.a. i forhold til de begrænsninger og muligheder sygdommen giver, og hvad der øger eller mindsker angst, stress og symptomer.

Teknikken er at gøre rammer og regler klare og dæmpe angsten. Andre gruppemedlemmer bliver oftere opfattet som en trussel end en mulighed. Men en aktiv indsats med forklaring og accept fra terapeutens side, kan mindske truslen og øge muligheden. Terapeuten må være forudsigelig og medvirke aktivt til etablering af positiv overføring.

Især i gruppens start må terapeuten aktivt fremme den enkeltes tentative anstrengelser for at kontakte andre gruppemedlemmer. Ofte vil et spørgsmål til et gruppemedlem blive rettet gennem terapeuten, eller

et svar - på et spørgsmål fra et gruppemedlem til et andet - blive sagt til terapeuten. Terapeuten må så aktivt hjælpe dem til at tale direkte sammen.

Terapeuten må udbygge kommunikationen fra fokus på én patient til en dyadisk kommunikation og videre til gruppekommunikation.

Realitetstestning og (gen)uddannelse er vigtige opgaver i denne fase. Det gælder både viden om og håndtering af symptomerne, behandlingen og dagligdags situationer.

Ved at indtage en venlig, opmærksom, forudsigelig og alligevel uventet accepterende, forstående og vedholdende stil på baggrund af empatisk forståelse, tilbydes patienten korrektiv emotionel erfaring.

Stille patienter må hentes ind, f. eks. spørges til, og eventuelt "nurses" verbalt. Det tidsmæssige fokus er mest på "her og nu", og kun sporadisk knyttes der forbindelser til fortid og fremtid.

Et afsluttende resume fra terapeuten side er en hjælp til at skabe mening og sammenhæng for gruppen. Eventuelt bruges ikke-krænkende klarificeringer eller metaforer, som er introduceret af patienterne, men det er vigtig i denne fase, at være opmærksom på at interventionerne ikke har invasiv karakter.

Overgang til den anden fase kan være ujævn pga. patienternes skrøbelighed. Terapeuten må ikke forcere gruppen ind i 2. Fase. Første fase er fundamentet for videre personlig og gruppemæssig udvikling, og det kræver tid at etablere basal tillid til og tryghed ved terapeuten.

2) Interaktion:

"Den interaktive fase", er præget af en større tryghed, idet gruppenormer og regler er bedre integreret. Der er dog stadig meget angst for at blive forkastet. Patienterne forholder sig ikke oprørske mod terapeuten, som det sker i mere modne grupper, netop pga angst for at terapeuten skal forkaste dem. Der forekommer mere interaktion i form af udveksling af erfaringer og råd. Der kan associeres til følelser og der er en mere åben interesse for hinanden, med uddybende udspørgen. Utilfredshed, uenighed og andet oprør placeres oftest udenfor gruppen eller undertrykkes af angst for gengældelse eller hævn. Det kan eventuelt vise sig i form af acting out så som fravær og kommen for sent.

A lægger ud efter kort indledningssnak at hun føler sig usikker på rollerne i gruppen. Hvorfor er de to terapeuter forskellige? Er hendes opfattelse rigtig af terapeuterne og af sin egen funktion i gruppen, hvor hun synes hun blander sig for meget? B siger, at A i starten talte om så mange ukendte ting, at B havde svært ved at forstå det. Men det er noget tid siden hun sidst har tænkt sådan. C siger, at A i starten talte sort eller i billeder, som var svære at følge, nogen gange forstod man det, når man havde tygget på det et par dage. C synes, det oftest er relevante ting, A kommenterer. Efterhånden ser de på og kommenterer hinandens forskellige aktivitetsniveau, og hvad det betyder for de andre i gruppen.

Følelsen af at tilhøre en gruppe kan genvække emotionelle aspekter fra den primære familie, og der er mulighed for at undersøge paralleller mellem gruppen og den oprindelige familie, eller i hvert fald at fortælle om sin familie. Patienterne forsøger på at engagere sig aktivt i problemløsninger, så de selv kan få mere kontrol over deres liv. Kontrol føler de ellers mest er udenfor dem selv. De lever jo ofte af

offentlige midler og er måske afhængige af familien.

I dette arbejde med differentiering og individuation støtter de sig meget til terapeuten.

Målet for denne fase er at opbygge tillid, at tæmme angsten yderligere, at bedre interaktionsmønsteret i gruppen og udenfor, at få patienterne til at erkende, acceptere og på andre måder magte "diagnose" og symptomer i bredere forstand, samt begynde mere bevidst at skabe mening og sammenhæng i selvet, tiden og relationerne. Vægten ændres lidt fra coping til relation og de mere langsigtede mål.

Teknikken for terapeuterne er i denne fase at hjælpe patienterne med at etablere tilknytning i gruppen (og udenfor) ved at se de andre, høre de andre, og tale til de andre, frem for at forestille sig hvad de mener, d.v.s. opøve kontakt og realitetstestning. Forventningerne skal testes verbalt, hvorved der kan opbygges tillid. Vrede følelser kan faciliteres ved at terapeuten er meget accepterende eller går med modstanden.

“Det lyder som om du kunne være nervøs for at K. kunne finde på at slå mig, men husker du, han selv blev klar over, hvordan han kan virke skræmmende, og blev ked af det og sagde undskyld?”

I denne fase er det vigtigt at verbalisere følelser, på en rummelig måde, f. eks. en minimerende måde, som gør dem tilstrækkelig ufarlige til at patienterne ikke flygter fysisk eller bliver mere psykotiske. Det er lettere at tale om følelser hos nogen udenfor gruppen først og derefter måske trække paralleller frem i gruppen. Det kan være utroligt vigtigt at få identificeret vrede følelser, og få dem gjort tilladelige og vende dem til noget konstruktivt for patienterne - for at undgå drop-out. Det er som regel en smule lettere at identificere sorgfulde og varme følelser på en måde, så de kan accepteres.

Det bliver i denne fase muligt i højere grad at knytte forbindelser mellem "her-og-nu", fortid og fremtid. Yderligere kan der skabes mere sammenhæng i forskellige lag i psyken, f. eks. gennem arbejdet med at skabe mening i tidligere fejltagelser, ved at opdage andres reaktion på én, og éns egen reaktion på andre. Langsomt kan hierarki afløses af mere gensidighed.

3) Integration og autonomi:

I denne fase er der mere anerkendelse af individuelle forskelle og ligheder. Ofte begynder de at få øje på at de i pressede situationer føler sig mere ens, mens de i trygge situationer tør udforske forskelle. Efterhånden accepterer de mere komplekse følelser i andre, og bliver mindre tilbøjelige til bare at skelne mellem godt og dårligt. Også seksuelle følelser kan udtrykkes lettere. Der kan være noget adolescent over gruppen i denne fase. Der er en bedre tolerance overfor dårligere integrerede medlemmer efter man har erfaret, at terapeuten går ind og arbejder med dem og ikke undviger dem, når de er vanskelige. Ligeledes kan nogle patienter begynde at teste miljøet i gruppen med jokes, specielt hvis terapeuten har vist en tilladende holdning til dette. Dette følges eventuelt af at de udtrykker mere farlige, f.eks. aggressive følelser. Denne fase opnås eventuelt først efter mange år, hvis gruppen hovedsagelig består af skizofrene patienter. Medlemmerne kan måske komme dertil, at de deler information om sig selv og kommer med beretninger om success med relationer til autoritetsfigurer. Efterhånden udvikles deres latente evne til at håndtere det stress, som er knyttet til deres sygdom. De lærer mere og mere at acceptere den manglende evne, som deres sygdom indebærer, og den negative respons, de bliver mødt

med. Derfor kan de efterhånden med stolthed præsentere det, de kan klare, f.eks. den affektive respons, de giver til genvordigheder indenfor og udenfor gruppen. Nu kommer intimitet og gensidighed til at fylde mere.

Faldgruben i denne fase er, at man glemmer patienterne er skrøbelige og tilbøjelige til at fragmentere. Eller sagt på en anden måde: Man bliver for optaget af de analytiske metoder og den fremgang, patienterne har præsteret, bliver blind for deres skrøbelighed (benægten eller fragmentering i modoverføringen?), så terapien bliver for frustrerende, og der risikeres drop-out.

Målet er fortsat at bedre kontaktevnen i og udenfor gruppen, så det er muligt at søge hjælp udenfor gruppetiden og efter afslutning i gruppen. Opgaven er i højere grad at se på de langvarige problemstillinger og i mindre grad at dvæle ved de kortvarige aktuelle. Ligeledes er opgaven også at opbygge intime relationer, ved siden af de sociale. Det gælder om mere bredt at støtte den selvudviklende proces, hvor patienten mere og mere fornemmer friheden til at udtrykke meninger og følelser, og deres egen realistiske betydning i forhold til andre, og hvor de på en mere og mere elaboreret og nuanceret måde blive klar over hvem de er, hvad "selv" er, i overensstemmelse med deres aktuelle erfaringer. Dette skal gøre dem mere og mere i stand til at reagere ud fra deres egen udvikling, frem for andres vurdering.

Teknikken er fortsat at søge efter mening i tidligere fejltagelser, udvikle affektolerance og opbygge en klarere indsigt og selvfølelse. Anvendelsen af "kontrolleret narrativ", "metaforer", "modelszene" og "uddybning af temaer" er ofte anvendelige i denne fase.

Selvfølelsen og -forståelsen må oftere berøres og være i fokus.

A fortæller at hun har oplevet den ene terapeut som værende ked af det. Efter lidt undersøgelse ser A, at denne terapeut er blevet afvist af A gennem lang tid, ja lige fra starten. Nu kan hun se at terapeuten er blevet ved at være imødekommende og hjælpsom overfor A alligevel, og ser det er en gentagelse af den afvisning A viste sin plejemor. Hun kom som 4-årig til sin plejemor, som aldrig har afvist A. A får tårer i øjnene ved mindet.

4) Termination:

Behandlingen afbrydes ofte abrupt fra patientens side. Dette sker som regel, når patienter har været stabile i en periode, har mødt nogenlunde regelmæssigt og har lært at genkende tidlige tegn på dekomensation. Pludselig afslutning kan også være tegn på dekomensation.

Det er ikke usædvanligt at patienterne finder arbejde eller melder sig til uddannelse eller lignende, som kan gøre dem ude af stand til at komme i gruppen, eller gøre at de kun kan komme til endnu et enkelt møde. Det vil være godt at have omtalt denne risiko i forberedelsen til gruppen, så det kan bringes i erindring i de educative tiltag. Pludselig og uplanlagt flytning og også pludselig død kan være årsag til afslutning.

I forbindelse med afslutning bringes der ofte viden frem i gruppen om patienten, som andre gruppemedlemmer har kendskab til fra kontakt udenfor gruppen.

De følelser, der er aktuelle ved afslutning er f.eks. skyld, sorg, vrede og taknemmelighed. Temaer om

mistede venner, bedsteforældre, forældre og søskende kan ofte komme op, ligesom tidligere afbrudte behandlingforløb kan være tema.

"Det er jo psykiatriske patienters vilkår, at de altid skal sendes videre til en ny behandler. Jeg har skiftet distriktssygeplejerske fire gange."

"Jeg var kommet til at snakke godt med den unge læge, men så skulle han rejse."

I tidsbegrænsede grupper eller tidsbegrænsede forløb er afslutningen fastsat på forhånd, og dette vil muligvis mindske risikoen for drop-out og formentlig også bedre muligheden for at bringe disse følelser frem. Der ses færre drop outs i planlagt korterevarende gruppeforløb (Kanas, 1996).

I ikke-tidsbegrænsede grupper vil afslutning oftest komme på tale pga ydre ændringer. Det kan være patienten skal flytte med sin samlever, eller skal videre i sin rehabilitering. Eller det kan være terapien må ophøre, fordi terapeuten ikke længere kan fortsætte. Sådanne delvis planlagte afslutninger bør meddeles i gruppen tidligst muligt og helst med mindst 3 mdr's varsel. Det skal helst ind i forsamtalerne som en aftale, således at der kan undersøges mulige grunde til afvigelse fra aftalen.

En patient har længe haft mange forsømmelser fra gruppen. Han glemmer at komme, har mere lyst til at tage med på ture arrangeret andetsteds, vil gerne besøge familien, kommer for sent til bussen. Endelig kommer han i gruppen og siger, at han ikke kan afsætte hver tirsdag til gruppeterapi, og selv om han er glad for gruppen vil han gerne afslutte. På det tidspunkt er gruppen blevet så vred på ham, at de bare ønsker han skal slutte med det samme, i stedet for at trække det yderligere ud. Faktisk havde han været væk i fem uger uden besked og gruppen havde talt om at sende ham den besked, at han måtte møde op næste gang eller han måtte gå ud af gruppen. Det blev derfor aftalt, at hvis han kunne love at komme næste gang, ville vi gerne bruge de to gange til at tage afsked med ham. Ellers ville vi koncentrere os om at bruge denne ene gang, hvor han var til stede. Efter ca ti minutters diskussion om fordele og ulemper for ham og for gruppen, må terapeuterne acceptere at en afklaring var det vigtigste for alle gruppens medlemmer. Der udveksles frustrationer over hans mange fravær, men han kan også sige at han har lært noget i gruppen om hvor svært det er for andre, når han tror hans tilstedeværelse er ligegyldig. Blandet med skyldfølelse er han også taknemmelig over at gruppen har "hundset" med ham. Han ved jo godt det hele ikke bare skal være rart, men det er så fristende, at undgå det tunge arbejde i gruppen. (Han er selv lidt af en grinebidder, der let bliver søvning, når gruppen snakker om noget smertefuldt.)

Den fremtidige behandlerkontakt må være et tema i afslutningsfasen. En planlagt ændring af terapihyppigheden og formen kan være en måde at bringe patienten videre på, f. eks. en ændring fra ugentlige til månedlige gruppemøder. Nogle arbejder med at patienterne kan komme tilbage og få "et nyt modul" på et givet antal (10-12) sessioner (Kanas, 1996), mens andre aftaler forskellig mødehyppighed for forskellige patienter i forskellige perioder (Stone, 1996). Som hovedregel kan man ikke regne med, at disse patienter kan afsluttes helt uden anden opfølgning. I de tilfælde, hvor det hensigtsmæssigt sker, er patienten blevet i stand til at klare sig enten uden medicin eller på en lille stabil dosis. Desuden er patienten blevet i stand til at relatere sig til andre på en givtig måde og har arbejdet sig ud af

afhængigheden af terapeuterne.

De fleste har dog lyst til og brug for at prøve at klare sig uden gruppen. Der bør være en mulighed for at komme tilbage, eller en mulighed for at henvende sig mhp hjælp. Mindst 3 måneder før afslutningen må dette gøres til tema, men mest hensigtsmæssigt bør det tematiseres ½- 1 år i forvejen. I tidsbegrænsede grupper er afslutning mere naturligt et altid tilstedeværende tema.

En faldgrube er at man ikke støtter patienternes autonomiforsøg og holder på dem, så de mister troen på sig selv, selv om deres forsøg er realistisk. En anden at man ved at holde på dem bare får dem til at droppe ud for at beskytte sig mod terapeutens fastholden i den syge side. En tredje faldgrube er hvis man ikke forsøger at holde på dem, for eksempel af angst for at underminere deres selvtilid. Det er meget svært at forestille sig at man kan komme til at lægge for meget vægt på afsked, men måske nok forkert vægt. Og patienterne er meget tilbøjelige til at underspile betydningen, meget mere end bedre strukturerede patienter.

Målet med terminationsfasen er at patienterne kan rumme følelser omkring tab og håb samtidigt. At de kan blive i stand til at sige farvel og klare adskillelsen. Måske kan de her få en model til at afslutte relationer på en mere hensigtsmæssig måde, end de har kendt til i deres hidtidige liv.

Teknikken er at terapeuten forsøger at beholde dem i gruppen ved hjælp af den alliance, der er opbygget, hvis de er ved at droppe ud. Der anvendes educative interventioner, hvor der gøres opmærksom på tidligere uhensigtsmæssige afbrydelser i patientens og gruppens liv. Terapeuten må undersøge hvilke gode grunde, der er til at bryde aftalen om at have en planlagt afslutning. Terapeuten må også undersøge patientens tilbøjelighed til udelukkende at se på de rationelle grunde, og undlade at se på de irrationelle eller på tidligere tilbøjelighed til pludselige afbrydelser. Patientens ønske om at undgå separationssmerten må være i terapeutens bevidsthed, og i passende doser bringes ind i patientens. Eventuelt må terapeuten benytte sig af individuelle samtaler. Det er klogt at skabe en mulighed for at patienten kan komme tilbage til gruppen, da deres arbejdsforhold ofte vil ophøre hurtigt. Dette kan gøres ved at opretholde en individuel kontakt til dem, mens pladsen i gruppen holdes åben.

Desuden er det selvfølgelig vigtigt at tale om mulighederne for at få hjælp og kontakt udenfor gruppen.

Det må fremmes, at både den, der skal forlade gruppen, og dem, der skal blive tilbage, får talt om betydningen af at have været sammen i gruppen, og om det savn, der kan komme og den lettelse og befrielse, der måske vil vise sig. Man må opfordre til at patienterne gensidigt giver udtryk for den udvikling, der er sket med dem i gruppeforløbet. Ofte vil også de planlagte afslutninger være tilbøjelige til kun at fokusere på tiden efter gruppen, og kun på medlemmet der forlader gruppen, og helst kun på de praktiske ting. Terapeuten må hjælpe dem med at håndtere affekterne og øge deres affektolerance også i denne fase.

Supervision

Et behov for supervision er næsten altid til stede, - også for trænede terapeuter. Nogle terapeuter vil måske kunne få supervision f.eks. hver anden gang af en mere erfaren gruppeterapeut. Nogle gange kan peer-supervision etableres. Andre gange må man kombinere peer-supervision med enkelte eksterne

supervisioner.

Supervisionen skal foregå på fast tid, sted. Der skal være rammer og procedure for afbud og ophør. Supervisionsrummet skal være et sted, hvor man igen bliver i stand til at tænke kreativt, og til igen at føle sig kompetent til at møde alle de svære følelser i gruppen. Supervisionen er det sted hvor man har et frit rum til at associere og observere f. eks. parallel processer. Supervisionen kan også være med til at finde ord til det nonverbale materiale, som fylder terapeuten efter sessionen. Supervisionsrummet skal ligesom terapirummet være fordomsfrit, fremme kreativitet og nysgerrighed.

Med henblik på strukturering af supervisionen kan følgende forhold med fordel overvejes: 1)en skematisk fremstilling af rundkredsen med patienternes placering i gruppen, 2)den kontekst sessionen foregår i (afbud, ferie, ændringer i gruppen), 3)hovedtema eller temaer, 4)emotionalitet i sessionen hos patienter og terapeut, og endelig 5)kronologisk og faktuel beskrivelse af gruppeprocessen.

Oftentimes vil peer-gruppe supervision være den almindelige og mulige form.

I en sådan gruppe af ligeværdige gives mulighed for på skift at forelægge problemer, som terapeuterne har stået overfor i sessionerne.

Svære affekter og projektive identifikationer kan containes i en god supervisionsgruppe med reveriefunktion (Bion). Der findes ikke noget geni som har det rigtige svar, eller den rigtige tolkning, men med en god supervision kan kreativiteten genopstå. I en kreativ supervisionsgruppe kan flere interventioner, flere forståelser og flere tolkninger undersøges. Modoverføringsfølelser er svære at få øje på uden supervision. Og erkendelsen af dem er en rigdom af information om gruppen og terapien. I tilfælde af coterapi skal begge terapeuter naturligvis deltage i supervisionen.

I forlængelse af hvad der ovenfor er sagt om supervisionsgruppens funktion, hvad angår reverie og containing, kan et coterapiforhold til tider have de samme funktioner.

Coterapi

Det er en aflastning at kunne dele sine tanker og følelser med sin coterapeut både før og efter sessionerne.

Der er bedre mulighed for at gøre gruppen stabil med et coterapipar, idet ferier og aflysninger på grund af terapeut fravær så kan minimeres.

Coterapi giver mulighed for, at patienter kan placere forskellige projektioner og overføring på de forskellige terapeuter enten mere permanent (det gode og det onde objekt) eller alternerende (f.eks. fader- og moderoverføring).

Ved coterapi i en skizofrenigruppe er der mulighed for, at der kan opstå (yderligere) vanskeligheder med at håndtere splitting og projektiv identifikation - men også muligvis en hjælp til at få øje herpå.

Et godt coterapi samarbejde betyder, at coterapeuterne i terapien kan blive modeller på, hvordan kontakt kan være, og kan legalisere hjælpsøgning. Ligeledes kan coterapeuterne blive en model for konfliktløsning ved at udholde forskellighed / uenighed og alligevel fungere sammen (ligesom patienterne skal i gruppen og i samfundet).

Både på grund af terapiens belastning og gruppens behov for stabilitet er coterapi hensigtsmæssigt ved skizofrenigrupper.

Der kan være ulemper ved en coterapi, hvis der er for ulige forhold mellem de to terapeuter. Der vil være en tilbøjelighed til at idealisere den ene og devaluere den anden, og det kan løbe af sporet hvis terapeuterne ikke er bevidste om det og forholder sig til det. En virkelig god relation og gensidig tillid mellem terapeuterne vil kunne vende sådanne uundgåelige terapeutiske angreb til terapeutiske redskaber. Der kan især blive tendens til splittelse, når en mere erfaren terapeut og en mindre erfaren terapeut er sammen, og den mindre erfarne ofte kan blive den devaluerede af patienterne.

Det kan jo ske at problemer i coterapiforholdet, hvad enten, de kommer fra gruppen eller ej, ikke kan løses eller afvikles. Derfor kræver etablering af et velfungerende coterapiforhold forberedelse og tid, ofte ½ - 1 år.

Ved coterapi skal der bruges mere planlægning og større ressourceforbrug,

Journaloptegnelser

I psykiatrien har vi journalpligt, for at dokumentere den behandling vi giver patienten.

Det er en stor udfordring, at skrive en god journal. Udfordringen består bl.a. i (at blive dygtig nok til) at reducere de mange input og begivenheder i gruppen til en beskrivelse, der er rimelig kort og samtidig beskriver gruppeprocessen, så terapeuten kan have udbytte af notatet før næste session.

M Cox (1988) har leveret forskellige forslag til notatteknik, herunder The Group Therapy Interaction Chronogram (G.T.I.C.) et skema i form af en cirkel delt op i en kvart (tema, første 15 min.), en halv (hovedtema i sessionen), og en kvart (afslutningstema = de sidste 15 min.)

For gruppeterapi er der - på grund af loven om aktindsigt - desuden det praktiske problem, at der er brug for at have notater om den enkelte patient i gruppen (i de individuelle journaler) adskilt fra oplysninger om de andre patienter

Den norske gruppejournal PC-program "Grutnot", som kan downloades fra internetadressen:

<http://www.med.uio.no/us/dn/grunot>, giver mulighed for at gøre notater både om gruppen og om hver enkelt patient.

Gruppeterapi i Det Nationale Skizofreniprojekt

Fem centre fra det Nationale Skizofreniprojekt (Herning, TIDIS-Århus, Nykøbing Sjælland, Glostrup, P69 og Sct. Hans U7) tilbyder gruppepsykoterapi som interventionsform.

På nogle centre er gruppeterapien forudgået af 1-3 års individuel psykoterapi, hvorefter patienterne flyttes over i grupperne, hvor der så tilbydes gruppepsykoterapi i flere år.

Dette format er et forsøg, som der er knyttet flere både praktiske og tekniske problemer til.

De praktiske problemer udspringer af det forhold, at ikke alle patienterne er allokeret til projektet samtidig,

men netop efterhånden, som de er nydebuteret i forhold til projektet. Det vil igen sige, at grupperne enten må vente på, at tilstrækkelig mange (tre) er parate til at begynde i gruppen, eller at der er mulighed for at allokere projektpatienterne til skizofrenigrupper, som allerede er i gang.

De tekniske problemer er især centreret omkring afslutningen af den individuelle terapi og hvordan de sluses over til gruppen. Det kræver, at den individuelle terapeut fra starten fokuserer på den specielle afslutning, nemlig at terapien ikke slutter, men nok den individuelle del og den individuelle terapeut. Derved skabes mange problemer for afsluttende og modtagende terapeut. Terminations-sorg, -vrede og acting-out er forventelig og vil gøre afslutning og modtagelse ekstra vanskelig.

Efter i det foregående at have skrevet en del om udvælgelse af psykotiske patienter til gruppepsykoterapi, må vi understrege, at patienterne i DNS - bortset fra inklusionsproceduren - netop **ikke** selekteres efter udvælgelseskriterier. Det gør patientmaterialet mere interessant, da vore hypoteser om egnethedsvariable så bedre kan testes.

Tre forskellige forskningsdelprojekter knytter sig til gruppeterapierne:

1. En effektundersøgelse, der benytter følgende mål "før" og "efter" (Strauss-Carpenter, Global Assessment of Functioning scale - GAF, Positive and Negative Symptom Scale - PANSS, Structural Analysis of Social Behaviour - SASB, Socialt Netværks Tegning - SNT og Group Evaluation Questionnaire - GEQ),
2. En prädiktorundersøgelse (Assessment to Psychotherapy for Psychotic Patients - APPP, Active Engagement Scale - AES, Working Alliance Inventory - WAI), der vil afsøge informationer både fra patient og terapeut i forsamlingen om, hvordan terapien vil forløbe og som vil vurdere styrken og kvaliteten af den terapeutiske forbindelse, der opstår mellem terapeut og patient,
3. En procesundersøgelse (GEQ, SASB og SNT), der kan sige noget om, på hvilken måde forandringerne sker og hvordan de opleves af patienterne.



Referencer

Aagard S, Bechgaard B, Winther G. Grøppearanalytisk Psykoterapi. Hans Reitzels Forlag, 1994.

Auerbach JS, Blatt SJ. Schizophrenia: The roles of boundary articulation and self-reflexivity, *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 61, no. 3 1997(, s297-316).

Barnes JA. Class and Committees in an Norwegian island parish. *Hum Rel* 1954, 7, 38-58.

Battegay, R. (1965): "Psychotherapy of schizophrenics in small groups". *Int. J. of Group Psychotherapy* 15, 3, 316-320.

Battegay R, Benedetti G. Psychodynamic Approach to Group-therapy and to Psychotherapy of Psychotics. *Acta Psych Scand, Suppl.* 224, 1971, Munkgaard, København.

Battegay R, von Marschall R. Results of Long-Term Group Psychotherapy With Schizophrenics. *Comprehensive Psychiatri* 1978, 19; 4: 349-353.

Borens R. Kombinierte Einzel- und Gruppentherapie bei schizophrenen. 1974. *Psyche*, 28;8:706-18.

Bion WR. *Experiences in Groups and other papers*. 1961. Tavistock Publications, London.

Bion WR. *A Theory of Thinking*. In : *Second Thoughts. Selected papers on psycho-analysis*. 1967, Maresfield Library, London (1993).

Brabender VM. Time-limited inpatient group therapy: a developmental model. *Int J Group Psychother* 35 (3):373-390,1985.

Brown GW, Birley JLT & Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Brit J Psychiat*, 1972; 121: 241-58.

Claghorn, JL et al. "Group Therapy and Maintenance Therapy of Schizophrenics", *Archives of General Psychiatry* 31 (1974): 361-65;

Cohn BR: Keeping the Group Alive: Dealing with Resistance in a Long-Term Group of Psychotic Patients. *Int. J. Group Psychotherapy* 38(3),july 1988 s 319-35.

Cooper EJ. The pre-group: The narcissistic phase of group development with the severely disturbed patient. In:

Correale A, Celli AM. The Model-scene in Group Psychotherapy with Chronic Psychotic Patients. *Int. J. Group Psychotherapy*, 48 (1) 1998, s. 55-68.

Cox M. *Structuring the Therapeutic Process. Compromise with Chaos*. J Kingsley Pub., London 1988a.

Cox M. *Coding the therapeutic Process. Emblems of Encounter*. 2nd ed. ,Jessica Kingsley Publishers, London, 1988b.

Dewald PA. Principles of Supportive Psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1994, Vol 48, No. 4., 505-518.

Donlon PT, Rada RT, Knight SW. A Therapeutic Aftercare Setting for "Refractory" Chronic Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatr* 1973;130:682-4.

Ehle G, Ott J, Wahlstab A. Stellenwert der Gruppenpsychotherapie in der Komplextherapie schizophrener Patienten. In : Neumann J (Hrsg): *Beiträge zur biologischen Psychiatrie*. 1982. Leipzig: VEB G. Thieme Verlag.

Evang A. *Borderline*. 1988. Hans Reitzels Forlag, København.

Fleck S, Johnson D. The Comprehensive Treatment of Schizophrenics. In : Masserman JH, ed. *Current Psychiatric Therapies*, 20:313-327. Grune & Stratton, 1981.

Foulkes SH, Anthony EJ. *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*. London. 1957.

Frank JD. Some determinants, manifestations and effects of cohesiveness in therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1957, vol. 7, 53-63.

Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition, Chapter 7, Schizophrenia*. American Psychiatric Press Inc., 2.ed., Washington D.C., 1994.

Gammelgård J, Lunn S. *Om psykoanalytisk kultur - et rum for refleksion*. Dansk Psykologisk Forlag, 1. udg., 1. oplag, København, 1997.

Grotstein, J.S. (1990) "The "black hole" as the basic psychotic experience: some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis." *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 18, 1, 29-46.

Grønvall, B. *Coterapiforholdet - dets etablering og udvikling*. *Agrippa* 16. nr. 3-4, 1995.

Hammer M, et al. Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1978, 4: 522-545.

Hartwich P, Schumacher E. Zum Stellenwert der Gruppenpsychotherapie in der Nachsorge Schizophrener. Eine 5-Jahresverlaufstudie. 1985. *Nervenarzt* 56:365-372.

Horwitz L. A group-centered approach to Group Psychotherapy. *Int. J. Group Psychotherapy* 26, 1977, 149-62.

Jackson M, & Williams P. *Unimaginable Storms*. Karnac Books, London, 1994

Kahn EM. Group Treatment Interventions for Schizophrenics. *Int. J. Group Psychother.* 34(1), jan 1984.

Kanas N, Barr MA. Short-Term Homogeneous Group Therapy for Schizophrenic Inpatients : A Questionnaire Evaluation, 1982. *Group*, 6; 4 : 32-38.

Kanas N. *Group Psychotherapy with Schizophrenia. I* : Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Group Psychotherapy*. Williams & Wilkins, New York, 2. ed., 1983.

Kanas N. Homogeneous Group Therapy for Acutely Psychotic Schizophrenic Inpatients, 1983.

Kanas N. Inpatient and Outpatient Group Therapy for Schizophrenic Patients, *Am. J. Psychother.* 1985, Vol 39, No.3, 431-439.

Kanas N. Group therapy With Schizophrenics: A Review of Controlled Studies, *Int. J. Group Psychother.*, 1986, 36(3), 339-351.

Kanas N. *Group Therapy for Schizophrenic Patients.* (Clinical Practice nb. 39) American Psychiatric Press, Washington D.C. 1996.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Group Psychotherapy.* Williams & Wilkins, New York, 2. ed., 1983. Chapter 4, Group Psychotherapy with the Chronically Mentally Ill.

Kapur R. *Clinical Interventions in Group Psychotherapy. I: Schermer & Pines: Group Psychotherapy of the Psychoses. Concepts, Interventions and Contexts.* Jessica Kingsley Publishers, London 1999.

Karterud S. Gruppepsykoterapi. Hvilken struktur bør den ha i psykiatriske institusjoner? *Tidsskr Nor Lægefor* 1986, 33; 106:2834-6.

Karterud S. *Group Processes in Therapeutic Communities.* Otto Falch Publishers Norway, 1989.

Kibel H D. A conceptual model for short-term inpatient Group Psychotherapy. *Am. Jr. Psychiatry* vol 138, 1. 1981, s. 74-80.

Kibel HD: Inpatient Group Psychotherapy - Where treatment philosophies converge, in the *Yearbook of Psychoanalysis*, vol 2 (ed. By Langs R), New York, Gardner Press, 1987, s 94-116.

Kibel HD. Diversity in the practice of inpatient group psychotherapy in North America. *Group Analysis*, vol. 25, 1992, 225-245.

Larisa C, Nightingale LSCSW, Mcqueeney DA. Group Therapy for Schizophrenia: Combining and Expanding the Supportive Psychotherapy. *Int. jr. o. Group Psychotherapy*, 46(4) 1996, s 517-33.

Lehtinen K, Alanen YO, Rökköläinen V, Aaltonen J. The Finnish Project. I: Alanen et al. (reds.). *Early Treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches.* Scandinavian University Press, 1994.

Levine H. Milieu biopsy: the place of the therapy group on the inpatient. *Int J Group Psychother*, 1980.

Lindinger H. Zur Frage der Prinzipien einer Psychotherapie schizophrener Psychosen. *Der Nervenarzt*, 37;1:168-173.

Lipton FR, et al. Schizophrenia: A Network Crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7; 1: 144-151.

Main T. The concept of the therapeutic community, variations and vicissitudes. *Group Analysis*, vol. 10, 1977, 2-16.

Malawista KL, Malawista PL: Modified Group-as-aWhole Psychotherapy with Chronic Psychotic Patients. *Bulletin of the Menninger Clinic* vol 52 1988, s114-25.

Maxmen JS, Hanover NH. Group Therapy as viewed by Hospitalized Patients. *Arch Gen Psychiatry.* Vol 28, 1973.

McFarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv*, 62, 1994, 13-22.

McWilliams Nancy : *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* The Guilford Press, New York 1994.

Monsen JT. Selvpsykologi og nyere affektteori. I: Karterud S & Monsen JT (red.) Selvpsykologi. Udviklingen etter Kohut. Ad Notam Gyldendal, 1997.

Nightingale, LC. and McQueeney, DA. Group Therapy for Schizophrenia: combining and expanding the psychoeducational model with supportive psychotherapy. *Int. J. Group Psychotherapy* 46 (α):517-533,1996.

O'Brien CP. Group Therapy of Schizophrenia.. In: Masserman JH. *Current Psychiatric Therapies*, 17:149-154. Grune & Stratton, 1977.

O'Brien CP, Hamm KB, Ray BA, Pierce JF, Mintz J, Luborsky L. Group vs Individual Psychotherapy with Schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiat.* 1972, Vol. 27, 474-478.

Opalic Peter: Group Processes in Short-term group therapy of psychotics. *Small Group Research* vol 21, nr. 2 maj 1990, s.168-89.

Referenceprogrammet for skizofreni. Sekretariatet for referenceprogrammer, Sundhedsstyrelsen 2004

Resnik S. *A Biography of Psychosis : Individuals, Groups and Institutions. I: Schermer & Pines: Group Psychotherapy of the Psychoses. Concepts, Interventions and Contexts.* Jessica Kingsley Publishers, London 1999.

Rice CA, Rutan JS. Gruppeterapi på psykiatrisk afdeling. Munksgaard. København 1991.

Rueveni U, Speck RV. Using encounter group techniques in the treatment of the social network of the schizophrenic. *Int. J. Group Psychotherapy*, 19 (4), 1969, 495-500.

Scheidlinger S. On the concept of the "mother - group". *Int J Group Psychother.* 1974; 24: 417-28.

Schermer VL, Pines M. Introduction: Reality and Relationship in 'Psyche's Web'. I: Schermer & Pines: *Group Psychotherapy of the Psychoses. Concepts, Interventions and Contexts.* Jessica Kingsley Publishers, London 1999.

Schneider S : Resistance, Empathy and Interpretation with Psychotic Patients. In Schermer & Pines: *Group Psychotherapy of the Psychosis.* Jessica Kingsley Publishers, London 1999.

Selzer M. Preparing the chronic schizophrenic for exploratory psychotherapy: the role of hospitalization. *Psychiatry*, 46, 1983, 303-311.

Stöffler F. Gruppentherapie mit schizophrener Frauen. 1973. *Med Welt*, 24;19: 781-783.

Stern ND, m. Fl. (The Process of Change Study Group). Non-interpretive mechanism in Psychoanalytic Therapy, The "something more" than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* 1998; 79, 903.

Stone WN. *Group Psychotherapy for People with Chronic Mental Illness.* The Guilford Press, New York, 1996.

Strauss JS et al. Prediction of outcome in Schizophrenia. III. Five-Years Outcome and its Predictors. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977; 34: 159-163.

Takahashi T, Washington WP. A group-centered object relations approach to group psychotherapy with severely disturbed patients. *Int J Group Psychother.* 1991; 41(1):79-96.

Ullic I. The Therapist's role in the Group Treatment of Psychotic Patients and Outpatients: A Foulkesian Perspective. *Gruppeanalytisk Psykoterapi med Skizofrene*

I: Schermer & Pines: Group Psychotherapy of the Psychoses. Concepts, Interventions and Contexts. Jessica Kingsley Publishers, London, 1999.

Yalom ID. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 3rd ed. Basic Books Inc Publishers USA, 1985.

Yalom ID. Inpatient Group Psychotherapy. Basic Books Inc Publishers USA, 1983.

Wallerstein RS. The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An Overview. J. Consulting Clinical Psychol. Vol 57, no. 2, 1989 s. 195-205.

Wode-Helgodt G, Berg B, Pettersson U et al. 1988. Group therapy with schizophrenic patients in outpatient departments. Acta Psych Scand, 78: 304-313.

Wolberg LR, Aaronson ML (Eds.). Group therapy. An overview, 1978.

Appendiks 1: Forskelle på ambulante terapigrupper og grupper drevet på hospitalsafdelinger

Ambulante grupper	Afdelingsgrupper
Stabil komposition	Ikke samme gruppe for mere end et eller to møder
Patienterne er udvalgte og forberedte	Patienterne tages ind i gruppen uden forudgående selektion eller forberedelse
Gruppen er homogen, hvad angår ego-funktion, skønt konflikter og temaer er forskellige	Heterogene niveauer af ego-funktion
Motiverede patienter, orienteret mod vækst	Ambivalente, undertiden tvangsindlagte patienter i krise; orienteret mod symptomlettelse
Behandling fortsætter så længe som nødvendigt; 2-7 år, 70-250 møder	Behandling er afgrænset af hospitalsperioden; 1-3 uger med hurtigt patient-turnover
Gruppegrænserne bliver opretholdt med få indskud udefra	Stadige interaktioner med miljøet i afdelingen
Gruppekohæsion udvikles normalt, hvis der er tilstrækkelig tid i behandlingen	Ikke tid til at kohæsion kan udvikle sig spontant, gruppeudviklingen afbrydes i tidlige faser
Terapien er privat og uforstyrret	Terapien er udsat, åben for observation og nysger-
Gruppelederen kan lade processen folde sig ud, der er god tid til at sætte gruppenormer op	Gruppelederens strukturering af gruppen er kritisk; passiv analytisk forholden sig fører til gruppedisintegration
Kontakt mellem gruppemedlemmerne udenfor gruppen opmuntres ikke	Patienterne sover, spiser og har fritid sammen, og denne kontakt opmuntres

Fra Kaplan, Sadoch & Grebb: Synopsis of Psychiatry, 1994.

Appendiks 2: Terapeutens opgaver

Terapeuten må akut hjælpe med til at skabe struktur ved at :

- formulere et formål
- introducere nye medlemmer
- give afrundede kommentarer ved afslutningen af sessionen.

Terapeuten skal fremme interaktion og sammenhold ved at :

- fokusere på temaer, som patienten tager op.
- hjælpe patienterne til at fylde tavsheden ud.
- understrege betydningen af, at den enkelte patient viser medpatienter interesse og kommenterer det fremlagte.
- anerkende også bizarre forsøg på kommunikation.
- når temaer fra tidligere sessioner dukker op, kan terapeuten trække linjer og derved skabe kontinuitet.
- modvirke regressive tilbøjeligheder i gruppen.
- vise interesse for gruppen og herved tilbyde sig som identifikationsmodel og kulturbygger i gruppen.

Kibel, efter Lindhardt & Wagtmann, 1994.

Appendiks 3: Vanskeligheder for patient med skizofreni

Vanskeligheder for den patient med skizofreni	
Ubevidste plan	Bevidste plan
Narcissistisk skade	Ingen ambitioner / ingen idealer
Konfusion	Forvirring
Identitetsforstyrrelser	Terror
Psykisk smerte	Fortvivelse
Depression	Ensomhed
Fraværende objekt → følelse af afvisning eller fortabelse	Angst : Indre og i den ydre verden
Tilstedeværende objekt → følelsen af paranoid angst	Omnipotens
Raseri	Fantaseret verden/ Bizarre objekter
Primitivt forsvar : - Splitting - Projektion - Benægtelse - Primitiv idealisering	Social disintegration

Dinis & Neto, 1997.