

Begyndelse og Afslutning i Gruppeanalyse - nogle terapeutiske betragtninger

Kristian Valbak, Ph.d., Gruppeanalytiker

Foredrag i IGA-Aarhus, september 2024

Jeg vil indlede med nogle almene betragtninger om begyndelser og afslutninger - som eksistentielle temaer. Og i den forbindelse er det ikke til at komme uden om tab og adskillelse.

I slutningen af min fremstilling vil jeg omtale 'termination', som er det tekniske udtryk for afslutning i psykoterapi. Noget er hentet fra individuel terapi, fordi det kan gøre nytte til forståelsen af gruppeterapeutens trængsler og fordi, der ikke er skrevet så meget om afslutninger i gruppelitteraturen.

Jeg omtaler terapiforhold, men vil mene, at en række af de omtalte problemstillinger kan genfindes i andre klientforhold og i arbejde med grupper i organisationer, specielt hvad angår konsulentens følelsesmæssige udfordringer.

Som sædvanlig er jeg af den opfattelse, at eksempler fra litteraturen og kulturlivet kan bidrage til at fremstille og forstå den menneskelige natur. Lad os se.

Allerførst vil jeg pege på, at enhver begyndelse må have en afslutning. Det gælder naturligvis for livet, men det gælder også de fleste relationer. Herefter vil jeg repetere, at enhver afslutning, kan være en begyndelse (på noget nyt). Det gælder f.eks. årstiderne cykliske optræden. Et farvel til noget, kan åbne for en ny mulighed!

'What we call the beginning is often the end. And to make an end is to make a beginning. The end is where, we start from...' (T.S. Eliot, 1942)

Dette citat fra T.S. Eliots 'Little Gidding' (Lille svimmelhed) kan genfindes flere steder i litteraturen. Han fanger på en elegant måde essensen af, hvordan slutninger er sammenflettet med nye begyndelser, og understreger livets kontinuerlige strømning og potentialet for fornyelse, der ligger i enhver afslutning (engelsk: end).



Kirsebærtræernes blomstring i Japan, kendt som 'sakura' varer kun 1-2 uger og skal minde os om livets flygtighed og den skønhed, som findes i det midlertidige. Hanami betyder 'at se blomster' sammen med kolleger og familie for at nyde skønheden og fejre forårets ankomst. Denne rige men kortvarige

blomstring fejres mange steder i verden. – Dette foto er er fra Mindeparken i Aarhus, så vi behøver ikke tage til Japan.

At forstå, at et 'goddag' også er et 'farvel', hjælper os til at se livet som en serie af overgange, hvor alt har en slutning ('All Things Must Pass'). Det skulle opmuntre os til at omfavne forandring og se skønheden i både nødvendige uafvendelige afslutninger og nye begyndelser. På ethvert tidspunkt i livet er der mulighed for en ny begyndelse, på en relation, en terapi eller for den sags skyld en uddannelse.

Separation og tab

Separation- og tabsbegivenheder er universelle i livsprocessen fra fødsel til død. Vi oplever afvænnning fra brystet, pubertetens afstandtagen fra forældrene for opnåelse af egen identitet, skoleafslutning, fraflytning af barndomshjemmet. Senere adskillelse fra børn, tab af fertilitet og potens, tab af arbejde ved pensioneringen, tab af vitalitet i alderdommen og endelig tab af livet. Foruden disse er der et næsten endeløst antal oplevelser gennem livet, som igen og igen genopliver angsten relateret til separations- og individuationskriser. Skilsmisse, sygdom, tab af penge, tab af magt, tab af job, tab af andre værdsatte materielle ejendele, tab af livsdrømme og flere, synes at være en ret konstant ledsager gennem vores liv. En total beherskelse af disse situationer er naturligvis ikke mulig. Alle oplever gentagne tab og adskillelser gennem livet, og ethvert menneske udvikler en personlig måde at mestre disse tab på.

Musik og sang i alle genrer, i høj grad blues, prøver at dæmpe sorgen og smerten ved tab af kæresten og kærligheden. Et svensk grandprix nummer fra 2009 kan være et eksempel. Det lyder sådan her på dansk:

Søde, søde, søde, søde
Jeg be'r dig, Bliv hos mig
For jeg behøver jo dig

Ja, jeg ved, det er tarveligt at be'
Men det skider jeg på
for i går, da du gik
I det sidste blik, jeg fik
Da ku' jeg se, du var på vej til en anden kvinde
Væk fra mig

Så Jeg be'r dig søde, lad mig ikke sidde her
ensom, medens du er der
hjælp mig til at fatte
at forstå, hvad har jeg gjort for fejl, som har fået dig til at gå
Ja, for sådan er det vel
Og jeg hader, at jeg ved

du kommer til at gi'
 Alt du gav til mig
 Alt det der, jeg fik, til en anden kvinde
 Og ikke til mig

(Caroline af Ugglas, 2009, <https://www.youtube.com/watch?v=aHPVOYZtHYE>)

Hvad teksten ikke har i kompleksitet, har den i fremført inderlighed. Utraditionel som den var, gav den anledning til megen hån og kritik, men endte alligevel, som nummer to i finalen.

Og som Emily Dickinson så smukt har formuleret det

'Parting is all we know of heaven
 and all we need of hell.' (Emily Dickinson, 1957)

Betydningen af begyndelse og afslutning, modtagelse og afsked, fødsel og død, goddag og farvel er monumental stor, og alligevel er vi generelt så dårlige til det.

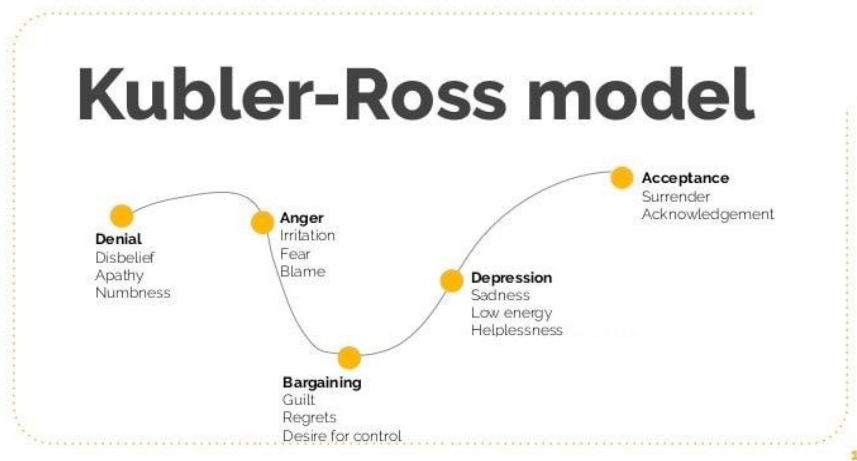
Motiv til at søge terapi har ofte noget at gøre med et ubærligt tab, reelt eller fantaseret, i fortiden eller truende i fremtiden.

1. Nogle mennesker er så bange for at blive forladt eller svigtet, at de trækker sig tilbage fra al betydningsfuldt tæt samvær (intimitet) og føler sig som konsekvens heraf isoleret og alene.
2. Andre kommer til at være hjælpeløse, kronisk syge, eller deprimerede, idet de klamrer sig til mennesker, de møder; som om de håber på, at en magtfuld og elskværdig person skal komme forbi og tage vare på dem resten af livet. De risikerer et mentalt sammenbrud, når den elskede føler sig brugt op og forlader dem.
3. Nogle bliver angste, dårligt fungerede, endog psykotiske, når de konfronteres med en reel eller potentiel separation.
4. Atter andre er så opfyldt af en ofte berettiget vrede imod tidligere omsorgspersoner, som har skuffet og svigtet dem i fortiden, at de i hvert nyt forhold medbringer en stor ambivalens, som vanskeliggør etablering af en reel intimitet.

Lige gyldig hvilken form for personlig overbevisning og mestring, vil han eller hun bringe følelsen af svigt og tab med til terapien.

Mestring af tab og sorg

I 1975 skrev Elisabeth Kübler-Ross sin berømte bog 'Døden og den døende', hvilket i vores kultur gav anledning til en bedre forståelse for, hvordan vi afslutter livet, men også var en hjælp til sundhedspersonale og til pårørende.



Senere har traumeforskningen bidraget væsentligt til en bedre forståelse af reaktionerne ved tab og ulykke.

Roger Money-Kyrle skrev om livets misopfattelser, som vi skal modnes fra. Den tredje og sidste misopfattelse er, at vi er udødelige! Vi må komme overens med, at livet har en slutning, og at vi skal dø. Vi må erkende, at alle gode ting får en ende (Money-Kyle, 1978, I Valbak K, 2015). Den visdom kan komme med en voldsom ensomhedsfølelse og angst. Den svenske nobelpristager Tranströmer skriver i 'Sorte Postkort':

'Midt i livet hænder det at døden kommer og tager mål af mennesket. Det besøg glemmes og livet går videre. Men tøjet sys i det stille.' (T. Tranströmer, 1983)

Den amerikanske gruppeterapeut og psykiater Irwin Yalom, som nu er 93 år gammel, har gennem de seneste år beskæftiget sig meget med døden bl.a. i sit forfatterskab. Han skriver:

'It's not easy to live every moment wholly aware of death. It's like trying to stare the sun in the face: you can stand only so much of it. Because we cannot live frozen in fear, we generate methods to soften death's terror. We project ourselves into the future through our children; we grow rich, famous, ever larger; we develop compulsive protective rituals; or we embrace an impregnable belief in an ultimate rescuer.' (Irvin D. Yalom, 2010)

Forestillinger om livet og døden er universelle temaer i terapi, ligesom 'meningen med livet'.

Undertiden kan død blive et meget konkret emne i gruppe, fordi et medlem (undertiden terapeuten) bliver dødeligt syg og dør fra gruppen (Mac Donald P, 2004) eller det drejer sig om homogene grupper med cancerbehandlede patienter.

Om modtagelse

I halvfjerdsere skete et paradigmeskifte vedrørende synet på fødsler. Den franske fødselslæge Frédéric Leboyer publicerede i 1975 sin bog 'Birth Without Violence', som populariserede blide

fødselsteknikker. Det var måske ikke så meget teknikken med dæmpet lys osv., men opmærksomheden på barnets behov ved modtagelsen. Det er gået langsomt fremad. Først i firserne blev det tilladt for fædre at være til stede på fødegangen ved barnets fødsel. Der er også kommet mere opmærksomhed på modtagelse i børnehaver og skole og mobning og eksklusionsprocesser er kommet mere i fokus. Men hvad med psykoterapi. Er den blevet mere imødekommende?

Mødet med sundhedssystemet med dens institutionaliserede strukturer og bureaukrati, fører ikke sjældent til yderligere fremmedgørelse og utryghed. Hvordan kan vi da forestille os, at en god modtagelse ser ud? Jeg vil ikke her omtale det første møde, altså den vigtige forundersøgelse, vi også kalder assessment. Det er ikke emnet i dag. Jeg kan henvise til, at der senere, til de, der har behov, er afsat en hel dags undervisning heri. Jeg kan dog ikke lade være med nu at pointere tre vigtige pointer ved indledningen af psykoterapi:

1. Både patient og terapeut må have en forventning om, at terapien vil føre til noget godt. Altså at patienten vil få et positivt udbytte af terapien.
2. Patienten må være modig, udfordre sig selv og gøre det, som han ikke tør!
3. Terapeuten skal og kan ikke opfylde alle patientens forventninger eller behov.

Før gruppen har den ny patient således mødt sin terapeut eller terapeuter, har allerede noget tillid til denne og er således begyndt opbygning af en terapeutisk alliance. Den ny deltager har fået at vide, at terapeuten ikke vil dele sin viden med gruppen om det, som er kommet til kendskab gennem henvisningen, brevet og forsamtalerne.

Gruppen har fået at vide, at der kommer en ny deltager og muligvis, om det er en kvinde eller mand. Den vil vente i spænding på, hvem der dukker op, og kritisk vurdere, i hvor høj grad terapeuten har været heldig med udvælgelsen. Husk på, at det alene er terapeuten, som vælger gruppens medlemmer. Ikke sjældent er en nytilkommen ikke velkommen i 'familien'. Som en genoplevelse af den oprindelige familiegruppe, opleves den 'lille ny' som besværlig, ubekendt med sproget i gruppen (det er babyer som bekendt også), krævende – især terapeuten opmærksomhed – og disruptiv i forhold til gruppens selvudvikling. På sin vis, skal der introduceres og genintroduceres, hvilket sætter gruppen tilbage til et tidligere stadium, i hvert fald midlertidigt.

Gruppen kan opleve misundelse, devaluering af gruppen (nu havde vi det lige så godt) og protestere ved at ignorere den ny eller udsætte vedkommende for et forhør, som kan medføre utryghed og blottelser hos nybegynderen. Det er vigtigt, at terapeuten er opmærksom på denne dynamik og benævner den. Jeg vil anbefale, at terapeuten altid sørger for, at den ny patient i gruppen i de første sessioner får mulighed for, at give sin første oplevelse med gruppen til kende.

Den social isolation opleves først rigtig tydeligt, når patienten træder ind i gruppen.

'Group therapy often raises awareness of the vital existential issues more effectively than individual therapy. The feeling of being isolated and abandoned for example, is usually more

readily experienced in the group where the illusion of exclusive possession of the therapist, so characteristic for the dyadic setting, can no longer be fostered'. (Dorothy Maglo, 2002)

Heldigvis har grupper fra starten to helt fantastiske potentialer: Muligheden for at opleve 'universalitet', altså 'vi er alle i samme båd - oplevelsen' og 'jeg er ikke alene med mine problemer' og så at høre andres positive udviklingshistorier med gruppeforløbet. Det indgyder håb!

Indledningen til psykoterapien - bl.a. i form af undersøgende samtaler - og afslutningsfasen bliver af mange terapeuter bl.a. Freud, betragtet som det mest vanskelige. I mødet og tilknytningen er indbygget savnet og adskillelsen. Som Kauff (1977) udtrykker det:

'Behageligt eller ej, afslutningen er indbygget i den terapeutiske proces fra begyndelsen. Når alt kommer til alt, er det vores erklærede mål at få vore patienter ud af terapi'

Såfremt terapien forløber vellykket, oplever klienten en følelsesmæssig tilknytning og afhængighed, som senere i forløbet skal afvikles.

I terapien fortsætter patienten i overføringsrelationen med at søge tilfredsstillelse af infantile ønsker, såvel som med at udtrykke modstand mod og tilpasning til de ønsker, som skabte den neurotiske lidelse fra begyndelsen. Eller som det er blevet udtrykt: Patienten søger ubevist at etablere sin 'oprindelige familie'. Og den 'fremmede' gruppe vil uvægerligt gøre det svært eller umuligt for ham.

Målet er at give afkald på de ønsker, som så længe er blevet søgt opfyldt, såvel som at indse, at det, der har motiveret den enkelte så stærkt, i virkeligheden altid har været umuligt at opfylde. Frustrationen af disse ønsker og skuffelsen over, at de ikke bliver opfyldt - hvilket kan give plads for mere realistiske, og alderssvarende former for behovstilfredsstillelse - giver uundgåeligt anledning til svære følelser, heriblandt sorg. Sorgprocessen finder sted i den forståelse, at vækst og modning på et psykologisk plan betyder at lade bag sig, hvad der er blevet oplevet og set så værdifuldt i fortiden.

Men nok om modtagelse og begyndelser! Lad mig nu tale om afslutning.

Rammer om afslutningen (terminationen)

Allerhelst ser vi terapeuter patienterne afslutte deres terapi efter at et passende stykke tid er forløbet og et passende arbejde gjort. En moden afslutning gennemføres over en periode, hvor afslutningen og afskeden er i fokus. Der anbefales 2-3 måneder i en langtidsgruppe.

Gruppeterapiens akilleshæl siges at være dropouts, som må opfattes, som den mest utilfredsstillende måde at afslutte på. Altså en pludselig, uaftalt udebliven fra gruppen uden en 'afslutning'. En tidlig dropout sker undertiden omkring 7. session, hvor 'honey-moon' fasen er overstået. Årsagerne er utallige, men acting-out - som er 'ubevidst kommunikation, som ikke kan verbaliseres, men handles ud' - må have analysens interesse. Der er naturligvis forhold ved grupperne ramme, som influerer på afslutningen, f.eks. korttidsgrupper.

Præmatur afslutning

Når som helst patienter bringer afslutningen op, før det skønnes indiceret i forhold terapiens erklærede mål, skal terapeuten overveje:

- 1) Tidspunktet for ønsket og dens mening i forbindelse med det løbende terapeutiske arbejde og patientens øjeblikkelige livsomstændigheder.
- 2) Muligheden af vigtige modoverføringsproblemer.
- 3) Patientens motivation for terapien (husk ophør af psykisk smerte eller symptom, kan være en udmærket målsætning).
- 4) Kan de sociale forhold være 'mere vigtige' end terapien?

I en situation, hvor konsekvensen af en afslutning meget klart vil være til skade for patienten, må terapeuten påpege dette. Konfrontationen skal fokusere på patientens tilbagevendende og uløste symptomer og adfærd, som han utvivlsomt vil fortsætte med at lide under. Terapeuten skal have kontakt med sin egen skuffelse og vrede i sådanne situationer og ikke reagere på modoverføringsgenerede følelser. Det er vigtigt, at terapeuten ikke forsøger at overtale patienten til at fortsætte terapien eller forføre ham dertil.

I tilfælde, hvor patienter er suicidale, alvorligt deprimerede eller er blevet psykotiske, må terapeuten stå fast og overbevise patienten om, at afslutning er totalt urealistisk. I modsat fald må terapeuten overføre ansvaret for patienten til en anden form for terapeutisk kontakt, sommetider til et ansvarligt familiemedlem eller eventuelt sørge for akut indlæggelse. Et fast standpunkt hos terapeuten i sådanne tilfælde, forsyner patienten med kontrol, dømmekraft og andre egofunktioner, som må formodes defekte hos patienten. Senere kan man analysere komplikationerne og betydningen af disse forestillinger med patienten. Terapiforløbet skal så vidt muligt ende i en optimistisk atmosfære.

Forceret afslutning forårsaget af terapeuten

Der kan være mange årsager til en forceret afslutning forårsaget af terapeuten. Efterhånden er mange grupper i behandlingsregi underlagt begrænsninger i forhold til terapiens længde, dvs. sige antallet af sessioner, hvis knaphed både føles utilstrækkelig af patienten og af terapeuten. Og terapeuten må derfor afslutte patienten eller gruppen efter 'for kort tid'. Andre former for afslutninger, der er uplanlagte eller forcerede er graviditet, længerevarende, alvorlig sygdom og død. Disse tilfælde bringer store udfordringer til patienterne og til den organisation, som må træde til med erstatningstilbud.

En bestemt form for afslutning forekommer desværre ret ofte - både i psykoterapi og i andre terapeutiske relationer -, og betydningen heraf negligeres ligeså ofte. Den fremkommer ved, at terapeuten pga. arbejdsskift eller af 'tidsmæssige grunde' er nødt til at afslutte terapien. For patienterne repræsenterer en sådan afslutning således en ensidig beslutning foretaget af en anden - en beslutning, der ikke imødekommer patientens egne emotionelle og terapeutiske behov. Det kan opleves som en gentagelse af den definitive, uventede og "selviske" opførsel af tidligere nøglepersoner.

Ved en forceret termination ligger der en realitetsbaseret begivenhed til grund for patientens følelse af at være forrådt eller forstødt på et tidspunkt, hvor han eller hun ikke er klar til at mestre konflikter eller livsoplevelser alene.

Skønt patienterne i gruppen kan have en realistisk opfattelse af årsagen til afslutningen, kan de ubevidste overføringsfantasier indeholde en række personlige fortolkninger, f.eks. skyld over tidligere aggressive udfald mod terapeuten, følelsen af at være værdiløs, en masochistisk fornemmelse af, at 'intet nogensinde vil lykkes', en følelse af, at terapeuten er ligeglad ('for hvis terapeuten virkelig brød sig om patienten, ville han kunne arrangere en fortsættelse'). For de patienter, hvor behandlingen har været mindre vellykket, kan en forceret afslutning være en rationaliseret flugt fra terapien. Ved vanskelige terapier kan terapeuten opleve den forcerede afslutning som en lettelse, idet han kan 'slippe af med patienterne' med mindre følelse af skyld eller følelse af fejl.

Blandt flere grunde til, at terapier kan nå et dødt punkt, er sado-masochistiske behov hos nogle patienter for at fejle, for at bekæmpe terapeuten eller undgå succes. Hvis de underliggende motiver og fantasier for ikke at komme videre med terapiarbejdet korresponderer til paralleller eller komplementære konflikter og blinde pletter (modoverføring) hos terapeuten, så vil dødvandet ikke kunne undslippes. Terapeuten må gennem selvanalyse og modifikationer af holdning og teknik forsøge at komme videre. Supervision vil være den bedste hjælp i denne proces.

Endelig er de heldigvis sjældne tilfælde, hvor terapeuten må tage en patient ud af gruppen, enten fordi patienten recidiverer til misbrug, bliver for dårlig, evt. psykotisk eller patienten bliver truende. I alle tilfælde kan det udvikle sig til en traumatisk situation, ikke bare for patient og terapeut, men for resten af gruppen, der i lang tid efter kan have fantasier om, at de også vil blive 'smidt ud' af gruppen.

Forceret afslutning tilføjer yderligere modoverføringsfølelser især i form af skyld

Terapeutens følelse af skyld kan få ham til at tøve med at fortolke - ja endog acceptere - patientens fjendtlighed og negative overføring. Terapeutens kan også undgå at erkende den betydning han eller hun har for patienten, og det kan ske, at såvel terapeut som patient ubevidst 'søger at få det overstået', for derved at undgå det nødvendige psykologiske arbejde forbundet med afslutningen. Ikke sjældent sker det, at terapeuten udsætter at informere patienten/gruppen om den forestående afslutning indtil i sidste øjeblik, for således at lade hele problematikken uanalyseret og uhåndterbar.

En anden uheldig taktik er at arrangere en umiddelbar og automatisk 'overflytning' til en anden terapeut; det hjælper terapeuten til at føle, at der bliver taget hånd om patienten eller gruppen, og reducerer skyldfølelser og andre smertefulde overførings- og modoverføringsfølelser.

Almindeligvis må man tilråde, at 'overflytning til anden terapeut eller gruppe', ikke på forhånd formodes eller aftales, men at der i stedet satses på en så velgennemarbejdet afslutning, som muligt, og at hver enkelt patient efterpå - gennem måneder op til et år - må fordøje og mærke efter, sørge og søge autonomi, - og derefter vurdere, om der er grundlag for at opsøge mere terapi. De, som har prøvet at 'overtage' en patient fra en kollega, - eventuelt ladet sig overtale - ved, at der er grund til nøjere at undersøge baggrunden for skiftet, også sammen med patienten. Den 'ny' terapeut kan blive mål for

overføringer, som er aktiveret i forhold til den tidligere, inklusiv negativ overføring eller devaluering af den afgangende terapeut og idealisering af den ny.

På grund af ansættelsesskift afskæres mange 'terapeuter under oplæring' fra at opleve en naturlig afslutning, (altså en afslutning, hvor det er patienten, der forlader terapeuten) og får dermed ikke mulighed for at observere den fulde terapeutiske proces.

Afslutningens følelsesmæssige besvær

Afslutning har som sagt ikke modtaget meget opmærksomhed i den gruppeanalytiske litteratur sammenlignet med den indvirkning, det har på det afgangende medlem og på den resterende gruppe. Kun få artikler om modoverføring i grupper er blevet publiceret på engelsk (Grotjahn, 1953; Ohlmeier, 1980; Bion, 1961).

Jeg tror, de fleste analytiske terapeuter i dag er enige med Heimann (1950) i, at analytikerens følelsesmæssige respons på patienten/gruppen inden for den analytiske situation, dvs. modoverføring, repræsenterer et redskab til forståelse af patientens ubevidste.'

Jeg finder det endvidere passende at betragte terapeutens del af den projektive identifikation som en del af modoverføringen. Måske det vigtigste bidrag til forståelsen af projektiv identifikation og modoverføringsmekanismer i grupper er Bion's idéer om grundantagelsesmodaliteterne (Bion, 1961). Efter Bion's opfattelse er analytikeren i den modtagende ende af projektive identifikationer i gruppen. Grundantagelserne opstår ved lejligheder, hvor gruppen står over for større følelsesmæssige opgaver, som ikke kan bearbejdes i gruppen. Afslutning fra eller af gruppen kan være en sådan lejlighed. Det er Ohlmeiers erfaring, at gruppemedlemmer udvikler fælles overføringsfantasier, som er rettet mod gruppeanalytikeren. Han udtaler:

'Observationen af modoverføring, dens diagnostiske anvendelse for hver overføringsfase og også dens - forsigtige - brug i fortolkningsteknikken er endnu vigtigere i gruppeanalyse end i klassisk psykoanalyse. Intensiteten af følelserne, de totale regressioner er større og dybere i en gruppe.'
(Ohlmeier, 1980)

Grotjahn (1953) mener, at terapeuten til sidst bliver mere aktiv i gruppens "netværk af overføring", og af den grund er mere tilbøjelig til at bukke under for modoverføring. Samtidig vil en vellede gruppe være mere tolerant over for terapeuten, hvilket betyder, at han kan være mindre defensiv og mere spontan i sit arbejde. I modsætning til den individuelle patient vil gruppen også have kapacitet til bedre at beskytte sig selv mod terapeutens modoverføring ageren. Et afsluttende gruppemedlem skal - for at kunne forlade gruppen - blive mere individuelt og uafhængigt end de øvrige medlemmer. Det vil efter min erfaring gøre gruppesituationen mere triangulær: Terapeut, afgangende medlem og resten af gruppen. Derfor vil individuel overføring og modoverføring øges og blive mere betydningsfuld. Overraskende lidt er skrevet om et enkelt medlems afgang fra gruppen efter en vellykket langtidsbehandling, selvom dette burde være den mest almindelige og foretrukne måde at afslutte på.

Foulkes' (1975) mening var, at givet en tilstrækkelig lang varselperiode, var det ikke noget problem at afslutte en hel gruppe. Han berører kun meget kort problemer forårsaget af et individuelt medlems afgang fra gruppen. Yalom (1985) videregiver den generelle opfattelse, at afslutning fra gruppeterapi er mindre problematisk end afslutning fra langvarig individuel terapi, hvor patienterne bliver mere afhængige af den terapeutiske situation. I grupper ser patienterne nye medlemmer træde ind i terapien, og bedrede (velfungerende) medlemmer afslutte. De indser også, at terapeuten er en professionel, hvis opmærksomhed må skifte til andre, og som ikke vil forblive en permanent og bundløs kilde til tilfredsstillelse. Rutan & Stone (1993) påpeger, at afslutninger fra grupper bliver overværet, følt og delt af flere personer, i modsætning til afslutninger fra dyadisk terapi, hvor de mener, at regressionen vil være dybere. Andre forfattere beskæftiger sig med processer og reaktioner i gruppen provokeret af tvungen afslutning af hele gruppen. De beskriver meget stærk modoverføring i afslutningsfasen (Wardi, 1986 og Maar, 1989).

Det er ikke kun det afgangende medlem, der skal sørge over tabet af gruppen og terapeuten. De tilbageværende gennemgår også en sorgproces. Betegnelsen 'adskillelse' understreger den bilaterale proces.

Jeg har også observeret, at gruppeterapeuter, der har oplevet en dropout, ikke sjældent føler sig mislykkede, modløse og endda for en tid fristes til at opgive faget. En årsag til, at disse reaktioner sjældent beskrives i forbindelse med psykoterapi, kan findes i forskellene mellem dyadisk terapi og gruppeterapi. Overføring fra den enkelte patient i gruppen er fortyndet og fordelt på andre overførbare objekter. Hvis man mister et medlem, kan gruppeterapeuten trøste sig ved at engagere sig i de andre medlemmer. Afslutning kan synes lettere at håndtere i en gruppe end i en dyadisk terapi, men det er en misforståelse. Dropout har en langvarig, dyb indvirkning på gruppen og er blevet beskrevet som den sværeste opgave, sandsynligvis på grund af projektive mekanismer (Maar, 1989; Zinkin, 1994).

I det følgende vil jeg primært beskæftige mig med situationer, hvor et gruppemedlem afslutter på eget initiativ fra en ret gammel gruppe, og efter at der er gjort en god del terapeutisk arbejde.

Gruppefølelser, når et medlem afslutter

Allerførst er der her grund til at hæfte sig ved en anden af gruppens store kvaliteter: en gruppefaktor, som er blevet benævnt 'vicarious learning' (BlochS, 1985). Her muligheden for at lære af, hvorledes andre i gruppen mester tab og afsked. I løbet af en langsomt-åben gruppes levetid, vil flere deltagere gennemgå afskedsprocesser og andre vil have mulighed for 'at øve sig' pga. af den oplevede resonans. Dermed er der mulighed for at deltage i en eller flere af følgende følelser og fænomener - som terapeuten kan reagere på og samarbejde med:

- Vrede

- Angst
- Misundelse
- Afhængighed
- Skyld
- Sorg

Når gruppemedlemmer ønsker at forlade gruppen, vil de ikke sjældent at gå straks og ikke - som aftalt i kontrakten - diskutere deres ønske om afslutning i gruppen. Dette skaber mange forskellige følelser i gruppen, primært vrede rettet mod det afgangende medlem og mod terapeuten, som er 'ansvarlig for denne uregelmæssighed' eller gruppen bebrejder terapeuten for 'ikke at have gjort nok for at få medlemmet til at blive', i stedet for at sørge over tabet. Denne vrede kan udtrykkes direkte eller indirekte, kan forskydes til et andet medlem eller til noget eller nogen uden for gruppen. Nogle gange afslutter et gruppemedlem i en proces, hvor han splitter sine patologiske dele af og projicerer dem på (efterlader dem i) gruppen. Beskeden er: "Jeg føler mig fuldstændig rask, så hvorfor skulle jeg blive i gruppen med jer syge individer?". Gruppen kan fornemme, at afslutningen er en flugt (ind i sundhed), og forsøge at få medlemmet til at forstå det. Hvis det mislykkes, kan det medføre gruppens vrede eller et ønske om at udstøde den 'mest patologiske person' fra gruppen. I den situation kan gruppens reaktion være kongruent med det afgangende medlem, som vil blive katapulteret ud af gruppen. Terapeuten skal fortolke situationen og undgå at tilslutte sig gruppens reaktion. De tilbageværende i gruppen kan udtrykke overdreven vrede, som repræsenterer en defensiv fornægtelse af terapeutisk tilknytning samt en reaktion på at føle sig forladt. Vrede kan også maskere tristhed. Samtidig skal det afgangende medlem mobilisere en vis differentiering og irritabilitet eller endda vrede for at blive adskilt fra terapeuten og fra gruppen. Misundelse er en karakteristisk følelse udtrykt over for afgangende medlemmer, som har draget fordel af terapi og udviklet sig til et niveau, hvor de kan klare sig selv. Nogle gange kan terapeutens afsluttende bemærkninger og tegn på terapeutens sorg få andre medlemmer i gruppen til at tro, at de ikke kan være lige så interessante som det afgangende medlem. Meget ofte føler gruppemedlemmer skyld over deres vrede eller over deres lettelse og glæde over, at medlemmet er væk. Det afgangende medlem kan på sin side føle skyld over at forlade gruppen i den ubevidste overbevisning, at han efterlader nogen, der har brug for hans hjælp. Når en patient fremfører fremsætter et ønske om at afslutte, kan gruppen eventuelt ignorere det og hurtigt gå videre med andre ting. Eller gruppen kan starte et intensivt gruppepres for at få medlemmet til at blive. Og det er ofte en delikat opgave for terapeuten at forholde sig terapeutisk.

Eksempel 1

En

socialarbejder, som i lang tid havde været ambivalent over for gruppen, spekulerede på, om han skulle fortsætte behandlingen. Han sendte ofte undskyldninger til gruppen og sagde, at han måtte blive på arbejde, at han ikke kunne låne bilen osv. Han mødte voksende irritation i gruppen, som foreslog, at han skulle beslutte sig for at blive eller gå. I en session blev han - med terapeutens stiltiende deltagelse - konfronteret og spurgt meget intensivt om dette. Han var meget utilpas

under dette "tredjegradsforhør"; hans ansigt blev rødt, og han svedte. Til sidst udbrød han: "Er det her Moonie-familien eller hvad?"

En almindelig reaktion, især i unge-grupper, er angst, som har forskellige eller blandede former for oprindelse: Frygten for at miste kærligheden eller anerkendelsen fra en betydningsfuld anden eller - på et mentalt mere primitivt niveau - frygten for at miste ikke bare objektets kærlighed, men også selve objektet (separationsangst). Desintegrationsangst kan enten stamme fra frygten for at miste sin 'selv'-følelse eller (selv)afgrænsning gennem sammensmeltning med et objekt eller fra bekymring for, at ens selv vil fragmentere og miste sin integritet i fraværet af spejlende eller idealiserende reaktioner fra andre i omgivelserne (Gabbard, 1990).

Et eksempel på opløsningsangst kan ses i unge-grupper, hvor en dropout kan starte en kædereaktion, der får andre patienter, som ikke vil være alene, til at forsøge at kontrollere situationen ved at forlade gruppen af 'egen fri vilje'. Selv i modne grupper vil spørgsmålet altid dukke op i gruppemedlemmernes bevidsthed: 'Skal jeg også forlade gruppen?'

Meyer Williams (1966) beskrev en række almindelige terapeutfantasier om gruppen: En af dem er angstfyldte fantasier om overvældende afhængighedskrav til terapeuten. Ofte er kilden til dette terapeutens eget behov for at bevare autoritet og kontrol. Afhængighedsfantasier plager også de terapeuter, som forveksler ansvaret for behandlingen med det totale ansvar for patienten. Den mest frygtindgydende fantasi er nok fantasien om, at gruppen falder fra hinanden (altså går i opløsning). Denne fantasie vedholdenhed er generelt en funktion af den nye terapeuts underliggende følelse af afmagt, som stimuleres af hans manglende erfaring med og tro på gruppeprocessen.

Hvis gruppemodstanden er stærk, kan den fremkalde irritation og endda intenst had hos terapeuten. Dette had kan almindeligvis spores til frygten for fiasko og alt, hvad det ville betyde.

Den svenske gruppeanalytiker Dan Stiwne (1989) observerede på empirisk grundlag, at gruppeterapeuter, der beskæftiger sig med borderline patienter, ubevidst vender sig mod de velfungerende patienter i turbulente perioder, hvilket forstærker muligheden for dropout. Han mente, at terapeuten har en tendens til at ignorere signaler fra de 'vanskelige' (dvs. besværlige) gruppemedlemmer i nød.

Terapeutens modoverføringsproblemer i afslutningsfasen

Også for terapeuten repræsenterer afslutningen et tab, som er ensbetydende med at opgive de følelsesmæssige investeringer, som vi fortager i en psykoterapi. Ligesom patienten må opgive terapeuten, må terapeuten slippe patienten.

På samme måde, som patienten har et psykologisk arbejde at gøre, er der også modoverføringsproblemer for terapeuten at overvinde i afslutningsfasen.

Afslutning (eller 'termination', som er det tekniske udtryk i forbindelse med terapi) er en specielt vanskelig oplevelse for mange terapeuter. Deres egen længsel efter symbiose, efter udødelighed og evigtvarende kærlighed og efter andre behov, som ubevidst opfyldes gennem terapiarbejdet, er betydelige og svære for os at give afkald på.

Når en patient i gruppen bringer afslutning op, før det synes relevant i forløbet, bør terapeuten overveje muligheden af modoverføringsproblemer.

I 'The Uses of Countertransference' har Gorkin (1989) meget rammende beskrevet fem modoverførings-vanskeligheder, som opstår i terapiens afslutningsfase:

1. Terapeutens ønske om det perfekte
2. Terapeutens kapacitet til at tolerere sorg
3. Terapeutens evne til at dele patientens opnåede fremskridt i afslutningsfasen/følelser af glæde
4. Terapeutens ønske om gratifikation (taknemmelighed)
5. Terapeutens ønske om at blive set (kendt) som en 'virkelig' person.

Gorkin påpeger, at vi stræber efter at 'helbrede' patienterne fuldstændigt, og når behandlingen slutter med uafsluttet arbejde, efterlader det mange af os med en følelse af skuffelse. Terapeuter er ofte skeptiske, når det skal vurderes, om behandlingen har været omfattende nok. Schafer (1973) foreslår, at rødderne til disse ideer og idealer ligger i infantile fantasier om almagt, som ingen nogensinde helt giver afkald på. Måske ideer og idealer, der spillede en vigtig rolle i valget om at blive terapeut. I det ekstreme er det 'at vælge' at være omnipotent i stedet for hjælpeløs, - 'et bryst med uendelig kapacitet frem for en grådig parasit'. Disse modoverføringsfølelser kan naturligvis forstyrre terapeutens evne til at hjælpe patienten gennem afslutningsprocessen. Den terapeut, der ikke har været i stand til at gennemarbejde eller håndtere sine egne perfektionistiske bestræbelser, er næsten sikker på at injicere sit ubearbejdede materiale i slutfasen af behandlingen.

Et mål for terapien er, at patienten skal acceptere, at muligheden for visse former for tilfredsstillelse og nydelse, som var passende for en tidligere periode i livet, nu kan være for altid væk. Desuden skal patienten så også acceptere eventuelle begrænsninger i behandlingsresultatet. Ligesom patienten må give slip og sørge over de tabte muligheder, må terapeuten sørge over sine tabte terapeutiske muligheder og ikke glemme at dele med patienten, hvad der er opnået.

Hvis der er et ønske i gruppen om at skabe et perfekt produkt, kan det tage form af den gruppeantagelsesmodalitet, vi kalder 'pairing', altså forestillingen om, at (den idealiserede) gruppe vil være i stand til at skabe/føde 'en frelser'. Hvis analytikerens mål og professionelle selvværd er baseret på at producere et sådant, vil resultatet være skuffelse og en narcissistisk krænkelse, hvilket kan føre til kontra-terapeutiske reaktioner.

Eksempel 2.

En kvindelig patient, der havde haft stor gavn af tre års medlemskab af gruppen, reciterede i sidste session et digt om at springe ud i friheden og placerede med fem minutter tilbage af sessionen i midten af cirklen en flaske rødvin, hvortil der var knyttet en tegneseriestribe fra Radiserne. I den spørger Thomas Trine: "Tror du, at mennesker kan ændre sig?". Hun svarer ikke, og han fortsætter: "Jeg tror, jeg har ændret mig gennem de sidste år" og så svarer hun: "Til det bedre eller til det værre?".

Jeg tog denne drilske bemærkning fra patienten, talt gennem Trine, som en del af hendes frigørelse fra mig. At jeg ikke skulle være for stolt af mig selv og mit arbejde med hende, og at hun var usikker på, om den forandring, hun havde opnået, kunne vare. Hun udspillede sin ambivalens over for terapeuten og kæmpede mod sit ønske om afhængighed.

Terapeutens evne til at tolerere sorg

Terapeuten skal kunne håndtere sin egen sorg ved at miste patienten. Han skal blive bevidst om og håndtere sin egen uvilje ved at se patienten forlade gruppen og forsvinde. Ønsket om at binde patienten til sig, svarer til forældres ønske om ikke at give slip på deres børn. Således finder vi - sammen med ønsket om at helbrede, som også har dybe rødder i det ubevidste - tendenser hos analytikerens til ikke at helbrede patienten (Racker, 1974). Tabet af patienten kan indebære tabet af en person, som over tid har tjent som en stimulus for analytikerens selv-analyse og for hans professionelle udvikling, og som samarbejder med analytikerens i den interesse.

Husk: Al terapi har til formål at give autonomi til patienten. En ugentlig samtale med en (bedre)vidende tillidsvækkende person, kan være aflastende og støttende for patienten og godt for terapeutens økonomi og selvfølelse. Men når terapien afbrydes, er patienten lige vidt.

Man kan argumentere for, at intensiteten af disse modoverføringsfølelser reduceres af gruppen. På den anden side er lignende følelser også til stede hos andre i gruppen, hvilket yderligere kan påvirke terapeuten.

Eksempel 3

En 44-årig skibssingeniør, som tidligere havde nævnt for gruppen, at han overvejede at forlade den, rejste nu igen spørgsmålet efter 3 år, om han skulle afslutte. En sygeplejerske E. på samme alder, som sluttede sig til gruppen samtidig med manden, udbrød ret ufølsomt, at det ikke ville betyde noget for hende. Straks følte terapeuten irritation over, at hun, som også fra tid til anden havde talt om at afslutte, benægtede sine følelser og endda gjorde ham ked af det. Ret spontant besluttede terapeuten at støtte manden ved at sige, at han ville savne ham og opmuntrede ham til at fortsætte sin undersøgelse. Terapeuten følte stærkt, at han kom til at 'forsvare' patienten mod dette 'angreb' og oplyste til gruppen, at han undrede sig over sin reaktion. Derefter ændrede scenen sig: Først blev E. vred, fordi hun følte, at terapeuten antydede, at hun var kold; så græd hun og fortalte gruppen, at efter en lang periode med velvære var nogle af hendes angstsymptomer vendt tilbage. Hun måtte indse, at hun havde brug for gruppen i noget tid endnu.

I den sidste session havde hun fortalt gruppen, at hendes mand var blevet indlagt på hospitalet på grund af mistanke om en ondartet sygdom. Hun havde i den foregående måned tilbageholdt næsten alle følelser af vrede og angst over truslen om at miste ham. (Hun havde tidligere i sin historie plejet sin far, da han døde af kræft). Terapeuten kommenterede, at begivenheden i gruppen var meget kondenseret for hende og omfattede hendes centrale tema, at hun var vred på mænd, fordi de kunne lade hende helt alene tilbage.

I denne begivenhed føler terapeuten patientens vrede, selvom den er (dis)placeret til manden i gruppen. Hendes overføring mærkes i terapeutens komplementære modoverføring.

Fælles overvejelse om patienternes resultater i afslutningsfasen

Vi ignorerer nogle gange de gode ting ved afslutning: At det er godt at stoppe i gruppen og komme videre med livet. At det er en lettelse at stoppe, og at der er mere i livet end terapi.

Terapeuten må have empati med patientens glæde og - på samme måde som forældre - acceptere, at de har gjort det bedste, de kunne, og at den unge/patienten fra nu af er på egen hånd. En sådan oplevelse kan heldigvis også give terapeuten en væsentlig professionel tilfredsstillelse. Men som nævnt tidligere kan terapeutens perfektionisme nedtone de tilfredsstillende resultater. Han kan være tilbageholdende med at tale om afslutning, eller han kan overdrive det. Han kan male et alt for lyst billede ved at blive i gruppen for den ambivalente patient. Dette kan resultere i 'raske beslutninger' eller 'acting-out' (f.eks. patienten ringer eller skriver, at han/hun ikke vil komme mere). I sidste ende må vi altid anerkende betydningen af patienternes autonomi. Vores dybe bestræbelser risikerer nemlig at blive modvirket - bevidst eller ubevidst - af vores patienter (B. Boswood, 1993).

Øget evne til selvanalyse eller selv-forståelse er ofte nævnt som terapimål, men husk at terapimål og livsmål ikke er de samme. Som Winnicott (1971) gjorde opmærksom på:

'You may cure your patient and not know what it is that makes him or her go on living. It is of first importance for us to acknowledge openly that absence of psychoneurotic illness may be health, but it is not life'

Winnicott, 1971

Terapeutens ønske om taknemmelighed

Undertiden kan man som terapeut i forbindelse med afslutningen af behandlinger, mærke et ønske om taknemmelighed fra patienterne - et ønske, som de dog ikke nogensinde fuldt ud kan opfylde. Her kan man anbefale gruppeanalytikerens at have mere end én gruppe. Så er han eller hun bedre beskyttet mod narcissistisk skade.

Jeg bemærkede i de senere år for mig selv, hvor meget patienterne udtrykker deres påskønnelse, og hvor meget de værdsætter gruppen og måden, den ledes på. Jeg ser dette som et tegn på, at det har

været gradvist lettere for mig at være opmærksom på gruppemedlemmernes værdsættelse af gruppen henad vejen, så der ikke er så meget på spil i afslutningsfasen. Det afspejler sandsynligvis også en mere afslappet og mere støttende stil fra min side. Jeg måtte også indrømme, hvor tilfreds jeg følte mig, da det viste sig - ved behandling af evalueringsskemaerne, som jeg gav gruppemedlemmerne - at de havde haft gavn af behandlingen. Efterfølgende fik det mig til at spekulere på, om skemaerne blev uddelt for at tilfredsstille mig og ikke for at evaluere behandlingen. Feiner (1979) skriver om dette:

'Denne forventede uendelige taknemmelighed går langt ud over rationel taknemmelighed og objektiv aflønning ved analysens succes. På trods af rimeligheden af patientens faktiske taknemmelighed kan intet tilfredsstille vores inderste behov for det behov i os alle da ingen uden for os kender den smertefulde, opofrende, farlige side af vores analytiske bestræbelser'. (Feiner, 1979)

Gorkin (1989) mener, at mange terapeuter som børn blev draget af deres egen følsomhed og af behovet fra en forælder (eller en søskende) for denne følsomhed, ind i et tidligt terapeutisk forhold til den anden. Kort sagt følte vi aldrig, at vi modtog nok taknemmelighed. Jeg vil hævde, at det - bl.a. - er denne omstændighed, der bidrager til terapeutens behov for at modtage, fra en person, der har haft gavn af vores indsats, en forsinket tilkendegivelse af 'uendelig' taknemmelighed. Hvis terapeuten er uvidende om sit ønske om taknemmelighed, kan han være tilbøjelig til at påvirke patienten til at udtrykke taknemmelighed. Alternativt, i forsvar mod ønsket om et udtryk af sådan taknemmelighed, kan terapeuten subtilt guide patienten væk fra selv passende udtryk for taknemmelighed.

Terapeutens ønske om at blive kendt som en 'virkelig' person

I behandlingens afslutningsfase kan patienten i stigende grad opfatte terapeuten som en reel/virkelig person. Denne udvikling er en del af patientens succesfulde løsning af overføringsneurosen. Et spørgsmål har været, om terapeuten behøver at bidrage til denne udvikling ved at blive mere sig selv i slutningen af fasen. Gorkin mener, at det er teknisk korrekt for terapeuten at vise sit virkelige jeg ved at reagere på en mere følelsesladet måde, hvilket tillader mere spontanitet, som kan afspejle personlige synspunkter og sympatier. Gorkin taler dog om individuel analyse. I en gruppe vil terapeuten ikke kun være en mere 'rigtig' person for det afgående medlem, men også afsløre mere af sig selv for resten af gruppen, og hvad vil der ske da?

Først synes jeg, det er værd at bemærke, at denne 'blive mere virkelig' opfattes, og jeg tror korrekt, som en mere personlig henvendelse til det afgående medlem, ved at skabe en særlig lejlighed i gruppen, som er forskellig fra hverdagens gruppelev. Dette vil vække misundelse og jalousi, som kan tilføjes til den misundelse og jalousi, der opstår fra det faktum, at det afgående medlem har nået denne modne tilstand, hvor han eller hun kan 'sige farvel'. Men det åbner også for oplevelsen af, at det at forlade gruppen er noget særligt - jeg er fristet til at sige 'mere end terapi'. For at sætte personen forsigtigt på livets vej kan situationen tillade en individuel tilgang til patienten, der 'forlader hjemmet'. Grupper kan vælge at sige farvel på mange forskellige måder, måske ved hjælp af fantasier og metaforer.

Eksempel 4

I sin sidste session talte en ung kvinde om sin yndlingsmusik og sin pladesamling. Nogle af gruppemedlemmerne foreslog et musikstykke som farvel. Mit eget bidrag, som jeg ikke delte med gruppen, var den bedrageriske sang fremført af Vera Lynn under Anden Verdenskrig for at trøste soldaterne:

'We'll meet again, don't know where, don't know when'

Bedraget er naturligvis benægtelsen af en permanent adskillelse for soldaterne, som dør ved fronten.

Den største fare opstår, når terapeutens ønske om at blive kendt er overdreven og motiveret af terapeutens egne uopfyldte behov (i privatlivet). På grund af gruppestrukturen er en reel forbindelse med patienter dog ualmindelig.

Den sidste session er sandsynligvis sidste gang, terapeuten og patienten nogensinde vil se hinanden. Der er generelt en forhøjet angst i gruppen. Terapeuten må være fleksibel og forberedt på overraskelser. Væsentligt analytisk materiale kan dukke op i det sidste møde. Andre gruppemedlemmer kan - ophidset af spændingen eller drevet af ubevidst aggression - introducere vigtige oplevelser eller konkurrere om terapeutens opmærksomhed ved at 'agere ud'. I en patients sidste session afslørede et andet gruppemedlem for eksempel levende selvmordsfantasier.

Det kan også ske, at det, der finder sted under det sidste møde, er, at næsten ingenting sker. Terapeuten må være villig til at tillade patienten sin egen uemotionelle og endda distancerede måde at sige farvel på (Boswood, 1993). Patienten vil nogle gange forsøge at udspille et ønske om tættere kontakt med terapeuten. Selvom det til tider er tilrådeligt at forblive neutral, kan det andre gange være taktløst og unødvendigt sårende at gøre det. Lejlighedsvis gives en mindre gave fra patienten til terapeuten, hvilket sandsynligvis bør accepteres, eller der medbringes kage eller flødebolle.

Det sidste øjeblik er symbolsk og ubevidst forbundet med død og fødsel. Det er derfor ofte angstprovokerende for patienter og nogle gange også for terapeuter. Mange terapeuter forsøger at håndtere denne angst - både patienternes og deres egen - ved at vise en vis ritualiseret form for fysisk og verbalt farvel - som at give hånd, eller hvis patienten ønsker det et knus. Det er min oplevelse at terapeuter efterhånden i takt med at de modnes som terapeuter og opnår større erfaring, finder mere differentierede, afslappede og hjertelige måder at tage afsked på.

For mit eget vedkommende:

'While my pleasure is yet at the full, I whisper, So Long!'
(Walt Whitman, 1860)

References

- Bloch S, Crouch E. Therapeutic factors in Group Psychotherapy. 1985, University Press Oxford
Boswood B. Personal Communication. 1993.

- Dewald PA. The Clinical Importance of the Termination Phase. *Psychoanalytic Inquiry*, 1982; 441-461.
- Elbirlik K. The mourning Process in Group Therapy. *Int. J. Group Psychother.*; 33(2):215-227, 1983.
- Eliot TS. *Little Gidding*. 1942
- Feiner AH. Countertransference and the anxiety of influence. In *Countertransference*, eds. Epstein L & Feiner AH, J Aronson, New York, 1979.
- Fordham M. Ending Psychotherapy. *Group Analysis*, Vol. 27: 5-14, 1994.
- Foulkes SH. *Therapeutic Group Analysis*, 1964.
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington 1990.
- Gorkin M. *The uses of countertransference*. Jason Aronson Inc., London 1989.
- Grotjahn M. Special Aspects of Countertransference in Analytic Group Psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.*, 1953, vol. 3:407-416.
- Heimann P. On countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 1950, 31: 81-84.
- Kernberg O. Notes on countertransference. *J. American Psychoanalytic Association*, Vol. XIII, No.1, 1965.
- Kübler-Ross E. *Døden og den døende*. 1982.
- Langs R. *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. II, Jason Aronson, New York 1974.
- Le Boyer F. *Birth without violence*. 1975.
- Maar W. Attempts at Grasping the Self during the Termination Phase of Group-analytic Psychotherapy. *Group Analysis*, Vol. 22 (1989). 99-104.
- Mac Donald P. Life and Death in an Analytic Group. (2004) *The int. Journal of Group Analysis*, vol. 37(2):231-242.
- Money-Kyrle R. The Aim of Psychoanalysis. In: Meltzer D. (Ed.): *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*, Clunie Press, 1978.
- Ohlmeier D. Transference and Counter Transference in Group Psychoanalysis. In: Pines M. & Rafaelsen L.: *The Individual and the Group. Boundaries and Interrelations*. Plenum Press, 1980.
- Pedder JR. Termination Reconsidered. *Int. J. Psychoanal.* (1988), 69:495-505.
- Powell A. Ending is for life. *Group Analysis*, Vol. 27: 25-36, 1994.
- Racker H. *Transference and countertransference*. *Int. Psych-anal. Library*, Hogarth Press, 1968.
- Rutan JS & Stone WN. *Psychodynamic Group Psychotherapy*. The Guilford Press, New York, 1993.
- Schafer R. The termination of brief psychoanalytic psychotherapy. *Int. J. Psychoanal.* 1973; 2:135-148.
- Stiwne D. *Borderline Patients in Group Psychotherapy. Studies in process and Outcome*. University of Umeå, Umeå 1989.
- Tranströmer T. *Samlede Tranströmer*. 2011. Gyldendal.
- Valbak K. Clinical Wisdom. 2015. *The International Journal of Group Analysis*, Vol. 48(4):515–534.
- Wardi D. The Termination Phase in the Group Process. *Group Analysis*, Vol. 22: 87-98, 1989.
- Williams M. Limitations, Fantasies and Security Operations of Beginning Group Psychotherapists. *Int. J. Group Psychother.* 1966, vol.16, 1-4:150-162.
- Winnicott DJ. *Cure*. 1971
- Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1985.
- Zinkin L. All's well that ends well. Or is it? *Group Analysis*, Vol 27:15-24, 1994.