

Korttids fokusert gruppeanalytisk psykoterapi

Steinar Lorentzen

Korttids fokusert gruppeanalytisk psykoterapi

I gruppeterapien aktiveres uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre. Arbeid med disse i «her og nå-modus» gjør endring mulig.

En psykoanalytisk behandling er ofte både langvarig og intensiv, det vil si at den foregår med to eller flere timer pr. uke. Psykoanalysen har imidlertid også gitt opphav til andre terapiformer av kortere varighet (bl.a. for gruppe, familie, miljø og individer). Dette gjør det mulig for langt flere pasienter å dra nytte av Freuds oppdagelser, slik som ubevisst motivasjon, symptomers mening, betydningen av overføring–motiveoverføringsreaksjoner, eksistens av forsvarsmekanismer og motstand mot endring. Her vil jeg beskrive en *korttids gruppeanalytisk psykoterapi (KGAP)*, en modifisert versjon av gruppeanalytisk psykoterapi (GAP) eller gruppeanalyse (GA), som er utviklet via klinisk erfaring og systematisk forskning. Gruppeanalysen er tuftet på psykoanalytiske og sosialpsykologiske teorier og ble utviklet i England på slutten av 1930-tallet av S.H. Foulkes, en tysk emigrant, psykiater og psykoanalytiker (se faktaboks).

Mitt møte med gruppeanalysen skjedde på slutten av min psykoanalytiske utdanning da jeg skulle etablere meg som privatpraktiserende psykiater. For å imøtekomme det store antall pasienter som søkte hjelp, fant jeg det hensiktsmessig også å kunne tilby psykoterapi i grupper. Psykoterapi hadde vært min hovedinteresse siden jeg begynte i faget 15 år tidligere, og i tillegg til psykoanalyse hadde jeg erfaring med korttids individuell psykodynamisk terapi gjennom praksis og seminarer (bl.a. med D. Malan og P. Sifneos). Jeg hadde også positiv erfaring med grupper fra flere års arbeid i et terapeutisk samfunn og hadde sett at pasienter ofte trengte høyst varierende tid i terapi, uten at dette alltid var forutsigbart ut ifra plager eller patologi. Med denne bakgrunnen meldte jeg meg på en utdanning i gruppeanalyse som ble igangsatt i norsk psykiatri i 1984 med lærekrefter fra London.

Opprettelse av grupper i egen praksis gjorde det mulig å ta imot flere pasienter og ga anledning til å realisere en annen ambisjon, nemlig å drive mer systematisk forskning på psykoterapi. Jeg begynte derfor på slutten av 80-tallet å samle data fra egne gruppepasienter, noe som førte til flere publikasjoner, og vi fant at gruppeanalyse var en effektiv behandling for polikliniske pasienter med blandede diagnoser (angst- og depressive lidelser, samt lette til moderate personlighetsforstyrrelser) (Lorentzen, Bøglwald, & Høglend, 2002; Lorentzen & Høglend, 2004; Lorentzen, Sexton, & Høglend, 2004). I en senere studie randomiserte vi tilsvarende pasienter til henholdsvis kort- og langtids gruppeanalytisk terapi (varighet 20 eller 80 ukentlige sesjoner) og fant at pasienter, på gruppenivå, hadde like god effekt i begge behandlinger etter 3 år, det vil si 2,5 år etter avslutning av

korttidsterapien. Et annet viktig funn var at pasienter med mindre personlighetspatologi ofte fikk god hjelp gjennom korttidsformatet, mens de med mer personlighetspatologi gjorde det bedre i langtids gruppeterapi (Lorentzen, Ruud, Fjeldstad, & Høglend, 2013; Lorentzen, Fjeldstad, Ruud, & Høglend, 2015; Lorentzen et al., 2015; Fjeldstad, Høglend, & Lorentzen, 2016).

Terapeuten trer tilbake når gruppen arbeider godt, men er den som har ansvaret for å bistå alle pasienter og gruppen i utforskningen av latent mening

KGAP er en behandling jeg utformet manual for til bruk i forskning (Lorentzen, 2004; upublisert), og som jeg nå er i gang med å revidere, blant annet som funksjon av denne forskningen. Manualen ble senere oversatt til engelsk med støtte fra Institutt for Gruppeanalyse, London, og Group Analytic Society-International (Lorentzen, 2014). Støtten skyldtes ikke minst at gruppeanalyse i vesentlig grad har vært teoretisk, klinisk begrunnet, og hadde utviklet lite evidens basert på systematisk forskning (Lorentzen, 2006; Blackmore, Tantam, Parry, & Chambers, 2011). Dette truer gruppeanalysens posisjon innenfor National Health Service i England, hvor kognitiv atferdsterapi, som så mange andre steder, er gitt en bredere plass i psykisk helsevern. Ved utforming av manualene støttet jeg meg til gruppeanalytisk teori (Foulkes, 1986; Foulkes & Anthony, 1987), klinisk og forskningsbasert kunnskap fra annen tidsbegrenset gruppeterapi (MacKenzie, 1997; Piper, McCallum, Joyce, Rosie, & Ogrodniczuk, 2001; Blay et al., 2002; Tasca et al., 2006; Sandahl et al., 2011) og ikke minst erfaringer fra egne utdannelser i psykoterapi samt fra egen praksis og forskning.

Korttids fokusert gruppeanalytisk psykoterapi

Kort definisjon

KGAP er en tidsbegrenset, psykodynamisk gruppebehandling som vil lindre mental lidelse ved å arbeide mot å avdekke og løse indre, individuelle konflikter og/eller endre dysfunksjonell atferd. Behandlingen er fokusert på avgrensede problemer, for eksempel uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre, som ofte vil manifestere seg i samhandlingen mellom gruppens deltagere og gjøre arbeid i en «her-og-nå» modus mulig. Gruppen har 7–8 pasienter og 1–2 terapeuter og består av tyve 90-minutters ukentlige sesjoner. At terapien har en bestemt varighet, kan i seg selv virke befordrende på pasientenes endringshastighet. Det er mindre tid til rådighet, og man kan ikke vente for lenge med å eksponere det man ønsker hjelp med. Alle pasientene begynner og slutter samtidig og følger hverandre gjennom hele gruppeprosessen.

Teorigrunnlag

Psykoanalytiske teorier utgjør et fundament for gruppeanalysen, men Foulkes var også sterkt påvirket av sosialpsykologi og sosiologi gjennom samarbeid med representanter for Frankfurterskolen og ikke minst vennskapet med sosiologen Norbert Elias. Behandlingen er sentrert om både individ og «gruppen-som-et-hele». Mens Foulkes selv var egopsykologisk (klassisk) utdannet, har senere forfattere lagt mer vekt på selv-psykologi, objektrelasjonsteori og interpersonlig teori (post-klassisk). Disse teoriene understreker i større grad individets utvikling, behovet for relasjonen, for å bli bekreftet og beskyttet, og supplerer det klassiske synet, hvor intrapsykiske konflikter og forsvarsmekanismer er godt beskrevet.

Det er gunstig å teste ut pasientens evne til å se psykologiske sammenhenger ved å be om refleksjon over sammenhenger man ser i materialet

Selv om flere psykoanalytiske teorier er representert innenfor KGAP, får objektrelasjonsteori muligens en bredere plass. Den forklarer hvordan et individ utvikles i relasjon til tidlige omsorgspersoner og gradvis bygger opp en indre verden, som senere preger selvpoppfattelse, relasjonsevne, kognisjon og følelsesmessig beredskap samt ytre atferd. Teorien tydeliggjør både ressurser, psykopatologi / dysfunksjonell atferd og hvordan aspekter av «den indre verden» ofte kommer til syne i overførings-/motoverføringsreaksjoner som aktiveres i intervju- eller gruppesituasjonen.

KGAP vektlegger også en forståelse av «gruppen-som-et-hele», det vil si som en gestalt som omfatter alle medlemmer, men som også utgjør noe mer enn summen av enkeltpersoner. Foulkes var opptatt av individet som sosialt vesen, hvordan det preges av sin sosiokulturelle arv som hver enkelt bringer inn i gruppen, noe han kalte grunn-matrix. I tillegg utvikler gruppen etter hvert sin egen historie gjennom mangesidige interaksjoner og kommunikasjon mellom medlemmene som blir nedfelt som det Foulkes kalte dynamisk matrix. Hans teori hevder at all kommunikasjon og alle interaksjoner i gruppen er transpersonelle og berører hvert enkelt individ på forskjellig vis, på et bevisst eller ubevisst nivå. På samme måte vil det enkelte medlems innspill influere på gruppen. Fenomener i gruppen kan være manifeste eller mer latente, og både enkeltpersoner og «gruppen-som-et-hele» kan utøve en betydelig innvirkning via ubevisste eller mindre erkjente prosesser. Disse refererer man gjerne til som det personlige og/eller sosialt ubevisste (Aagaard & Thygesen, 2002; Hopper, 2003), drivkrefter som ofte tas som uttrykk for en psykologisk kausalitet.

For praktiske formål, det vil si som basis for klinisk kommunikasjon og forskning, har man operasjonalisert grupperelasjoner ved å vurdere strukturelle og kvalitative aspekter av disse (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Utviklingen av disse grupperelasjonene kan evalueres ved gjentatt bruk av «Spørreskjema om gruppen» (Group Questionnaire; Krogel et al., 2013), som nylig er oversatt til norsk. Med struktur forstås i denne forbindelse de aktører som er involvert i relasjonene, det vil si terapeut, enkeltpasienter og «gruppen-som-et-hele». De kvalitative aspektene ved relasjonene defineres av i hvilken grad det mellom aktørene utspiller seg et konstruktivt terapeutisk arbeid, og om de emosjonelle båndene mellom aktørene er positivt farget eller gjenspeiler mistillit og konflikt.

Hvem kan ha nytte av behandlingen?

Merete er en 39 år gammel gift lærer med to gutter på 6 og 7 år. *Henvisningsgrunn:* Stadige depresjoner som begynte etter fødsel av 2. barn, og som hadde ført til flere korte sykemeldinger. Hun hadde vært mye alene med ansvar for hjem og barn siden mannen var ukependler. *Bakgrunn:* Hun kommer fra et barnerikt hjem, de hadde god plass, men dårlig økonomi. Mor var mye engstelig og deprimert, far ofte sinna, og hun var litt redd han. *Relasjoner:* Hun har et dårlig selvbilde og føler seg lett styrt, mannen er noe dominerende, hun blir lett irritert og sint, men reagerer mest med dårlig samvittighet og mismot. Hun kan ta hardt i barna, som krangler mye, men på skolen må hun bite irritasjon rettet mot kolleger og elever i seg, og hun får ofte hodepine og nakke/skuldersmerter. ¹

Evaluering

Klinisk erfaring og forskningsevidens viser at KGAP stiller krav til type problem og ressurser hos pasientene. Derfor er en grundig evaluering nødvendig, noe som ofte tar 3–5 individuelle samtaler før behandling kan avtales. Evalueringen skjer gjennom kliniske intervjuer med vekt på aktuelle plager og historien, som omfatter informasjon om personlighetsutvikling og pasientens relasjoner. I tillegg til «faktainformasjon» er man også opptatt av overførings-/motoverføringsaspekter: pasientens væremåte, kommunikasjon, holdninger, forventninger, samt terapeutens egne følelser og gjensvar på sentrale sider ved hennes kommunikasjonsform. Pasienten må også *ville* forandre seg (*motivasjon*) og ha *evnen* til å starte en endring i løpet av kort tid. Ved vurdering av muligheter for endring er grad

¹¹. Det kliniske materialet er anonymisert og lar seg ikke spore til konkrete personer.

av patologi selvsagt viktig. Vel så viktig er kanskje om det skjer en viss utvikling hos pasienten i løpet av evalueringen, at hun blir utforskende og bruker innspill fra terapeuten konstruktivt. Evne til endring krever en viss grad av *personlighetsintegrasjon* (kvalitet på objektrelasjoner), en moderat evne til *mentalisering*, en viss *impulskontroll* samt evne til å tolerere de relativt strukturerte føringene som terapien krever: tidsbegrensning, tidlig deling av skambelagte opplevelser, tilbakemelding til og fra andre, arbeid i «her-og-nå» modus samt å fokusere på avtalte problemer. Man kan også bruke strukturerte intervju eller standardiserte spørreskjema for symptom- eller personlighetsdiagnoser, tilknytningsmønster, symptomer og interpersonlige problemer. Det kan være viktig å etablere en god kontakt med pasienten før skjema introduseres, men pasienter er forskjellige, og noen kan finne det mer beroligende å starte med en mer strukturert prosedyre, for eksempel utfylling av et måleinstrument. En viss fleksibilitet med hensyn til progresjon i evalueringen kan derfor være viktig.

I engasjementsfasen, som varer 2–4 sesjoner, er det ofte en positiv følelse av «å være i samme båt», men utfordringen for den enkelte, som kan være om man vil bli akseptert eller ikke, medfører ofte en viss angst

Av måleskjema har vi i evalueringen brukt circumflex-profilen med de åtte underskalaene på Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990), hvor pasienten skårer sine interpersonlige problemer (ting som er vanskelig for dem å gjøre, eller som de gjør i for stor grad) innenfor områdene dominans, påtrengenhets, selvoppofrelse, utnyttbarhet, underkastelse, sosial unnvikelse, avstengthet og selvsentrertthet.

Avtale om fokus

IIP-profilen er basert på pasientens bevisste oppfatning av seg selv og gjenspeiler ikke pasientens indre relasjonelle verden fullt ut, siden denne også består av fortrenge eller avspaltete aspekter pasienten naturlig nok ikke har full kontakt med. Styrken ved evaluering via det personen selv presenterer, er at hun beskriver områder hvor hun mener seg å avvike fra andre, det vil si atferd som også ofte kan være uønsket (ego-dyston), og derfor er noe hun ønsker å forandre. Profilen kan være preget av ønsketenkning, men uttrykker som regel egenskaper også andre gjenkjenner. Samlet og sammenholdt med informasjon fra intervjuene kan profilen peke videre mot hypoteser om hvordan mer ubevisste selv- og objektrepresentasjoner er organisert og emosjonelt farget.

Etter evaluering får Merete diagnosen «tilbakevendende depressiv lidelse». Hun har også en del somatoforme plager og personlighetspatologi, men ikke en personlighetsforstyrrelse. I sin

profil over interpersonelle problemer (IIP-profil) beskriver hun seg som mer unnvikende, fjern, underkastende, utnyttbar og selvoppofrende enn andre.

Pasientens problemer må kunne defineres innenfor et *fokus* man skal ha i terapien, og som pasient og terapeut er enige om. Det kan være et dysfunksjonelt interpersonlig mønster som utgjør eller er relatert til pasientens hovedproblemer, men det kan også være en indre konflikt eller et bestemt symptomområde (f.eks. autonomi/avhengighet, spiseforstyrrelse, patologisk sorg). Det er viktig å understreke at pasienter med mild til moderat personlighetspatologi og tendens til utagering også ofte kan behandles i tidsbegrensede grupper. Patologiske personlighetstrekk og impulsiv atferd bør da ha vært identifisert og diskutert på forhånd, som en potensiell trussel for terapien, eventuelt bli gjort til selve fokus for arbeidet i gruppen. Mange har også vist seg å ha god hjelp av tidsbegrenset gruppebehandling til tross for et betydelig symptompress (Lorentzen et al., 2013), men her er mer forskning ønskelig.

Det er gunstig å teste ut pasientens evne til å se psykologiske sammenhenger ved å be om refleksjon over sammenhenger man ser i materialet. Terapeuten har informasjon fra tre kilder: IIP-profilen, informasjon om relasjoner gjennom intervjuer samt erfaringer og inntrykk i egne møter med pasienten. Samlet gir denne informasjonen et godt grunnlag for diskusjon av et fokus for terapien. Om ønskelig kan man også formulere en psykodynamisk hypotese, med ideer om etiologi, intrapsykisk konflikt, tidlige identifiseringer, eventuelt internaliserte objektreasjoner.

I Meretes tilfelle gir informasjonen om spesielle særtrekk hos omsorgspersoner og hennes egen relasjonelle kompetanse næring til hypoteser om en indre verden hvor selv- og objektrepresentasjoner er preget av mangel på tidlig positiv bekreftelse, engstelighet og uforutsigbar aggressivitet, noe som igjen avspeiles i hennes selvoppfatning og farger hennes oppfatning av andre. Den indre beredskapen kan manifestere seg i form av spesielle objektvalg eller av karaktertrekk eller atferd som «beskytter henne mot» en forventet negativ respons fra andre (f.eks. ved unnvikende atferd). Denne er ofte irrasjonell, fordi den styres mer av hennes indre verden enn av hvem den andre faktisk er. Hun og terapeuten kom etter diskusjon av plager, bakgrunn, relasjonelle historie og IIP-profil fram til at fokus i hennes terapi skulle være å problematisere og gjenkjenne egen fjernhet og tilbaketrekning, slik at hun i større grad kunne forstå den funksjonen disse sidene hadde i å beskytte aspekter av hennes indre verden, men også hvordan de opprettholdt dysfunksjonelle forhold til andre. Hun skulle også ha som fokus å formidle egne ønsker, følelser og grenser til andre.

Før behandlingen begynner, er det viktig med informasjon om resultatene fra evalueringen, hva behandlingen består av, og hvorfor den anbefales. Det er også viktig med utveksling av *gjensidige forventninger*, som fra pasientens side består av hva hun/han vil oppnå med behandling, samt alle negative forventninger og ambivalens til terapien. Når disse punktene er belyst, gjør man en avtale (kontrakt) som omfatter møtetid og sted samt økonomiske forhold. Den kan også omfatte viktige regler, som det å gi beskjed ved fravær og å ivareta taushetsplikt utenfor gruppen.

Gruppeprosessen

Flere klinikere og forskere har observert og beskrevet en tilnærmet lik faseutvikling i lukkede grupper (Brabrender & Fallon, 2009). I denne terapien framheves fire faser – engasjement, differensiering, interpersonlig arbeid og avslutning – som alle har sine særpreg og byr på spesifikke utfordringer for terapeuten, pasientene og «gruppen-som-et-hele». Disse må løses for at gruppen og pasientene skal få optimale utviklingsforhold (MacKenzie, 1997; Lorentzen, 2014). I engasjementsfasen, som varer 2–4 sesjoner, er det ofte en positiv følelse av «å være i samme båt», men utfordringen for den enkelte, som kan være om man vil bli akseptert eller ikke, medfører ofte en viss angst. I første møte ønskes pasientene velkommen og blir invitert til å presentere seg for hverandre og til å informere om hovedproblemer og det fokus de har avtalt med terapeuten å arbeide med i gruppen. Terapeuten stiller klargjørende spørsmål, knytter sammen like tema fra deltagerne, inviterer til kommentarer, understreker gruppens spesielle muligheter og forskjeller mellom den og andre sosiale situasjoner (bygger grenser), og fasiliterer på den måten samhandling. I differensieringsfasen (2–4 sesjoner) begynner pasientene ofte å posisjonere seg: «Hvem er viktige / ikke så viktige, hvem bestemmer, hvor står jeg, vil jeg klare å hevde meg?» Av og til kan det oppstå litt friksjon når ett eller flere medlemmer viser sin egenart ved å opponere mot noe terapeuten har presentert. Utviklingen av relasjoner til de andre i gruppen har pågått siden start, noe som krever at pasientene åpner seg og lytter og kommenterer andre når *de* gjør det. Strategier for å gi tilbakemelding, for å posisjonere og eksponere seg, uten at interaksjonen blir destruktiv, må utvikles. Grenser skal gradvis etableres mellom individer og mellom gruppen og samfunnet utenfor. Her er terapeuten sentral som moderator og ikke minst modell for de andre og vil bruke fasene som et bakteppe til både å forstå gruppens dynamikk og for å intervensere konstruktivt. Fasen med interpersonlig arbeid er den lengste (8–12 sesjoner). Selv om det er åpning for å bringe narrativer fra livet utenfor inn i gruppen, vil det meste av behandlingsarbeidet finne sted i den interaksjonelle «her-og-nå» situasjonen mellom gruppens medlemmer, hvor den enkeltes dysfunksjonelle interpersonlige mønstre ofte vil manifestere seg.

Det var tidlig i denne fasen at noen påpekte at Merete syntes å distansere seg og stenge av for kontakt med de andre i gruppen. Hva skjedde forut for det? Hun svarer ganske irritert, etter en del taushet, at Stig, en ung mann som ofte kan være for pågående og lite lydhør, og blant annet hadde som fokus å utvikle en mer avventende, lyttende og innlevende side, hadde avbrutt henne midt i en setning. Hun hadde fortalt om mannen, som lot henne i stikken ved å overlate alt stell av hus og barn til henne. Som respons til å ha avbrutt farer Stig opp og skal ha seg frabedt påstander om at han har vært uhøflig. Henrik, som har et problematisk forhold til sinne og aggresjon og derfor fort blir utnyttbar, underkastende og/eller unnvikende i konfliktsituasjoner, begynner straks å forklare at Stig egentlig ikke avbrøt, men at han hadde vært ivrig etter å fortelle om noe positivt som hadde skjedd på jobben.

Eksemplet er en typisk sekvens fra en gruppe hvor tre pasienter etter hverandre gjennom det Foulkes kalte en fritt-flytende gruppediskusjon har «kommentert hverandre» og samtidig eksponert noe av det atferdsmønsteret (personlighetsaspekter) de har avtalt å arbeide med i gruppen.

Terapeuten, som taust har observert prosessen i gruppen en stund, har registrert hvordan Stig feier Merete til side når hun snakker om å bli sviktet av sin mann. Terapeuten undrer seg også over hvordan hennes litt aggressive respons skremmer Henrik ut på banen for å dekke over konflikt, og det slår ham at Stig selv ble sviktet av far som barn, far fant en annen og flyttet fra hjembyen da Stig var 5 år, og at han har benektet problemer med å vokse opp uten en far. Hadde Meretes beretning skapt ubalanse i hans indre relasjonelle verden, hvor smertefulle følelser knyttet til selv-og objektrepresentasjoner som knyttet far og han sammen, tidlig ble fortrenget?

Terapeuten velger nå å stoppe opp ved denne sekvensen. Han vet at det ikke er selvsagt at de involverte er klar over at alles fokus blir berørt, men finner at nok trygghet er til stede til å arbeide med dette, og er klar til å gi individuell støtte underveis. Intervensjonen kan være enkel: «La oss stoppe opp litt – her tror jeg det skjer noe viktig!» De øvrige gruppemedlemmene inviteres inn til å utforske en sekvens hvor alle har vært berørt (husk det transpersonelle perspektivet). Man har nå en situasjon hvor man går fra det manifeste og til å utforske det underliggende som er relatert til flere medlemmers fokus og relasjonelle historie. Sekvensen i gruppen kan rekapituleres og gir potensielt store muligheter for «korrektive emosjonelle erfaringer» (Alexander, & French, 1946; Palvarini, 2010; jf. korrektiv relasjonell erfaring: Buchele & Rutan, 2017). Ved å ta utgangspunkt i det som skjedde her og nå, ved å tone ned de negative aspektene ved konflikter og definere dem som kommunikasjonsforsøk, kan det i beste fall skapes en atmosfære av undring, refleksjon og

utforskning. Og dersom mer eller mindre stereotype, dysfunksjonelle utspill fra den enkelte blir møtt med interesse og forståelse fra de andre, øker også mulighetene for gjensidig læring, i stedet for en automatisk avvisning eller annen negativ respons som eskalerer en konflikt og fører til en «retraumatisering» for den enkelte.

I avslutningsfasen (2–3 sesjoner) må terapeuten ofte minne gruppen om at slutten nærmer seg. Angsten for ikke å klare seg uten gruppen aktiveres, og man evaluerer, rekapitulerer viktige øyeblikk, oppsummerer hva man har lært, og trekker fram de ressursene den enkelte har, samt gamle eller potensielt nye relasjoner, ferdigheter og aktiviteter som vil være meningsfulle når behandlingen er over.

Hvordan gikk det så med Merete? Flere av hennes uhensiktsmessige interpersonlige strategier ble aktivert og utforsket i gruppen, og nye måter å relatere seg på ble prøvd ut. Etter terapien skårer hun seg som mindre unnvikende, mindre utnyttbar og mer selvrepresenterende (mindre underkastende), og hun kan sette grenser for barna på en mer konstruktiv måte. Hun er ytterligere bedret ved oppfølging 2,5 år senere, har mindre plager med hode/nakke/skuldre og har ikke hatt flere depresjoner.

Terapeuten(e)

Terapeutene bør være aktive, men tilpasse seg pasientenes aktivitetsnivå. De skal stimulere utviklingen av relasjonene mellom gruppens aktører og være modeller for ønskete interaksjonelle ferdigheter. En av de viktigste oppgavene er å lede oppmerksomheten fra et manifest mot et mer latent nivå i forståelse av gruppeprosesser og individuell atferd. Den enkeltes respons er ofte knyttet til egne defensive holdninger, og klargjøring av dette kan gi ny læring og økt innsikt. Det samme gjelder utforskning av førbevisste holdninger formidlet på subgruppe- eller gruppenivå. Terapeuten trer tilbake når gruppen arbeider godt, men er den som har ansvaret for å bistå *alle* pasienter og gruppen i utforskningen av latent mening. Han skal holde pasienter på sporet av fokus og demonstrere hvordan underliggende holdninger og atferd ofte gir seg uttrykk i form av grenseoverskridelser (f.eks. uteblivelse, utagering i møtet og kontakt utenfor gruppen).

Konklusjon

KGAP er en tidsbegrenset, strukturert terapi, problemområdet er avgrenset og fokusert, kulturen er interaksjonell med intervensjoner i «her-og-nå» modus. Fasetenkning gir et viktig bakteppe

for forståelse og utvikling av prosessen, og en viss gjennomarbeiding av avslutningen anses som viktig. Det må understrekes at det er lite forskningsevidens for å behandle pasienter med psykotiske lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, avhengighet/misbruk eller organisk funderte lidelser i tidsbegrensede grupper hvor målsettingen er strukturell endring.

S.H. Foulkes – gruppeanalysens grunnlegger

S.H. Foulkes (1898–1976) var tysk jøde som, grepet av Freuds skrifter, rett etter eksamen begynte på spesialisering i nevrologi. Valg av spesialisering var et ledd i en plan om å bli psykiater. Han arbeidet en tid under Kurt Goldstein, en ruvende skikkelse innenfor neurologi og gestaltpsykologi, før han oppholdt seg to år i Wien og gjennomførte psykoanalytisk utdanning med læreanalyse hos Helene Deutsch. Veien gikk så til Frankfurt der han ble leder ved poliklinikken ved det psykoanalytiske instituttet, som var samlokalisert med Universitetets sosiologiske institutt, ledet av Karl Mannheim og Institutt for sosialforskning, ledet av Max Horkheimer, det senere arnestedet for den såkalte Frankfurterskolen i tysk sosiologi og filosofi. Det ble arrangert fellesseminarer og flere av sosiologene gikk selv i analyse.

Frankfurtersosiologien ble sammen med gestaltpsykologien og psykoanalysen de tre største inspirasjonskildene for Foulkes og kom til å prege de gruppeanalytiske teoriene han senere utviklet. Han så tidlig farene ved nazi-regimet og flyttet i 1933 med sin familie til London etter invitasjon fra Ernest Jones, for å etablere seg der og ble i 1938 britisk statsborger. Som aktivt medlem av den Britiske psykoanalytiske foreningen var han en av Anna Freuds støttespillere (i striden mellom M. Klein, A. Freud og «de uavhengige»).

Ved krigsutbruddet i 1939 flyttet Foulkes til Exeter, vest i England, hvor han etablerte en praksis og debuterte som gruppeterapeut, i en alder av 42 år. Pasientene, til sammen omkring 50 i løpet av 2–3 år, var dels nyrekrutterte, dels var det pasienter han hadde hatt i analyse eller individuell psykoterapi (Foulkes & Lewis, 1944). I 1943 ble han innkalt til forsvaret og stasjonert ved Northfield Military Neurotic Centre, som behandlet soldater og hjemvendte krigsfanger med posttraumatiske lidelser. Mange av tidens fremste britiske psykiatere arbeidet på dette sykehuset som ble en smeltedigel for nye gruppebaserte behandlingsformer, aktivitetsgrupper, storgrupper og nettverksgrupper og avfødte navnet

«det terapeutiske samfunn» (Main, 1946). Aktivitetene ga en ny forståelse for drift av psykiatrisk sykehusbehandling og bidro til utvikling av Foulkes egen gruppeterapeutiske metode, gruppeanalyse.

Referanser

- Alexander, F.G., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles, and Applications*. New York: Ronald Press.
- Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumflex scales from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536. Doi:10.1080/00223891.1990.9674088
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., & Chambers, E. (2011). Report on Systematic Review of the efficacy and clinical effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45, 46–69. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0533316411424356>
- Blay, S.I., Vel Fucks, J.S., Barruzi, M., Di Pietro, M.C., Gastal, F.L., Neto, A.M., De Souza, M.P., Glausiusz, L.R., & Dewey, M. (2002). Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders: randomized controlled trial evaluating immediate v. long-term effects. *British Journal Psychiatry*, 180, 416–522. Doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.180.5.416>
- Fjeldstad, A., Høglend, P., & Lorentzen, S. (2016). Presence of personality disorder moderates the long-term effects of short-term and long-term psychodynamic group therapy: A 7-year follow-up of a randomized clinical trial. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000055>
- Foulkes, S.H. (1986). *Group analytic psychotherapy. Method and principles*. London: Maresfield Library.
- Hopper, E. (2003). *The Social unconscious. Selected papers*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Renshaw, T., Beecher, M., & MacNair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of group relationship. *Psychotherapy Research*, 23(3), 344–354. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/105003307.2012.729868>

- Lorentzen, S., Bøgwald, K.-P., & Høglend, P. (2002). Change during and after long-term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(3), 419–429. Doi: <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.52.3.419.45511>
- Lorentzen, S., & Høglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 321–322. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000074437>
- Lorentzen, S., Sexton, H., & Høglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A study. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(1), 33–40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08039480310000770>
- Lorentzen, S. (2004). Treatment guidelines for short- and long-term group analytic psychotherapy. Institute of Clinical medicine, Medical Faculty, University of Oslo, Upublisert.
- Lorentzen, S. (2006). Contemporary challenges for research in Group Analysis. *Group Analysis* 39(3), 321–340. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0533316406066591>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2013). Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 201, 280–287. Doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113688>
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety, and personality disorders*. London and New York: Routledge.
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., & Høglend, P. (2015). Comparing short- and long-term group therapy: Seven-year follow-up of a randomised clinical trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84, 320–321. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000381751>
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., Marble, A., Klungsoyr, O., Ulberg, R., & Høglend, P. (2015). The effectiveness of short- and long-term psychodynamic group psychotherapy on self-concept: Three years follow-up of a randomized clinical trial. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(3), 363–385. Doi: <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.3.362>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2015). Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 129–146. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12065>
- MacKenzie, K.R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Main, T.F. (1957). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66–70.
- Palvarini, P. (2010). Is the concept of corrective emotional experience still topical? *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 171–194.
- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., & Ogrodniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525–552. Doi: <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- Sandahl, C., Lundberg, U., Lindgren, A., Rylander, G., Herlofson, J., Nygren, Å., & Åsberg, M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: A one-year follow-up. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 539–555. Doi: <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.538>
- Tasca, G.A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for Binge-Eating Disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106–121. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500090928>
- Thygesen, B., & Aagaard, S. (2002). Om det sosialt og kollektive ubevisste i gruppeanalytisk perspektiv. *Matrix*, 3, 263–294.