

Tilfeldig om gruppeterapi

Det er fortsatt opp til den enkelte institusjon hvorvidt de vil drive gruppeterapi eller ikke. Hvorfor er det sånn?

TEKST

Steinar Lorentzen

PUBLISERT 5. desember 2014



GRUPPETERAPI

Kontrasten er stor fra 1970-tallet, da jeg selv startet i psykiatrien. Hvis det fantes grupper i det hele tatt, var det de yngste legene som ble satt til å drive dem, ofte med de dårligste pasientene. Heldigvis startet Norsk Psykiatrisk Forening på midten av 1980-tallet et landsdekkende utdanningsprogram i gruppeterapi som har oppfylt målsettingen om å styrke kvaliteten på gruppearbeid innenfor psykisk helsevern i Norge (Lorentzen, Herlofsen, Karterud & Ruud, 1995).

I augustnummeret av tidsskriftet fortalte likevel formannen ved Institutt for Gruppeanalyse, C. Hjort, at mange arbeidssteder ikke ønsket å drive gruppeterapi og derfor heller ikke tilbød veiledning. Dessuten er det på grunn av refusjonsordningen mindre lønnsomt å drive grupper enn individuell terapi i distriktpsikiatriske sentre.

God effekt

I den samme saken kom det klart fram at effekten av gruppeterapi er godt dokumentert, og at resultatene for de fleste tilstander er like god som for individuell terapi. Jeg mener også at den er mer kostnadseffektiv. Da blir det underlig at det skal være opp til enkelte avdelingens «likes/dislikes» om de skal tilby gruppeterapi eller ikke. En kollega og jeg (Lorentzen & Ruud, 2014) kartla for en tid tilbake bruk av grupper innenfor psykisk helsevern i Norge og fikk svar fra både sykehus og distriktpsikiatriske sentre. Mest vanlige var psykodynamiske grupper, fulgt av kognitiv atferdsterapi og psykoedukative grupper. Det kom fram at det skjer mye bra gruppearbeid mange steder, men institusjonene C. Hjort siktet til, var nok underrepresentert. Allikevel viste undersøkelsen vår tre forhold som er aktuelle for de problemene som ble presentert i tidsskriftet: 1) At gruppearbeid i mange former og på mange fronter er meget utbredt i psykisk helsevern og derfor må være et viktig område for de som utdanner helsearbeidere. 2) En del grupper drives etter avdelingenes eller terapeutenes eget skjønn eller egen overbevisning, uten at det tas hensyn til den evidensen som foreligger. Slike «private initiativ» kan være av det gode, men burde ikke skje uten at man samtidig evaluerer virksomheten 3) Bare halvparten av terapeutene som driver disse gruppene, har en systematisk utdanning i gruppeterapi.

Viktig felt

Dette sier noe om hvor viktig gruppeterapi er i praksis, og at behovet for så vel veiledning som kvalifiserende utdanning er stort. På den bakgrunnen er det underlig at Per-Einar Binder, som representant for akademia, ikke ser hva som kan tas ut av studieplanen hvis gruppeterapi skal inn. Hvis dette er riktig, ville det kanskje være en løsning å fordele tiden likt til undervisning i to likeverdige terapiformer (individuell og gruppe). Jeg har også inntrykk av at svært mange psykoterapeuter *foretrekker* å drive individuell terapi; det er det de kan best, og det er lettere å administrere. Kanskje føler man seg også tryggere på det man lærer først? Det kan derfor være av stor betydning *når* undervisningen i gruppeterapi gis i utdanningsløpet.

Noen psykoterapeuter skyver pasientene foran seg og sier at de helst vil ha individuell terapi. Ofte stemmer dette, men det fritar ikke fagpersonen fra å gjøre en selvstendig vurdering. Det er også slik at mange pasienter «skvetter» når ordet gruppe blir nevnt. Dette er heller ikke unaturlig; mange sentrale interpersonelle problemer aktualiseres umiddelbart ved tanken på å stå ansikt til ansikt med andre. Det gir behandleren anledning til å gå direkte inn i de områdene som er vanskeligst, og diskutere disse med pasienten.

Det er beklagelig at det fortsatt er opp til den enkelte institusjon hvorvidt de vil drive gruppeterapi eller ikke. Det er også tankevekkende at kun halvparten av dem som driver gruppeterapi i institusjon, har en systematisk utdanning i dette. Ville man tillatt det samme i kirurgien eller nevrologien?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 12, 2014, side 1046-1047

TEKST

Steinar Lorentzen, professor emeritus, dr.med., Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

KONTAKT: steinar.lorentzen@medisin.uio.no