

Terapeutiske faktorer i gruppebehandling

Terapeutiske faktorer forekommer i alle former for grupper, ikke minst der hvor bevegelser og kroppsopplevelser står sentralt.

Et prosjekt om kroppsorientert gruppebehandling for pasienter med kroniske nevrososer og personlighetsforstyrrelser pågikk mellom 1982-1986 ved Psykiatrisk avd. B, Dagavdelingen, Ullevål Sykehus. Kroppsterapiprosjektet var en del av en større undersøkelse som hadde som mål å frembringe ny viten om denne pasientgruppen. Gjennom en systematisk studie av behandlingsprosessen i kroppsterapigruppen ville en kunne belyse behandlingsaspekter ved denne.

Vår overordnede målsetting med gruppebehandlingen var økt selvforståelse og selvfølelse. Den kroppslige tilnærmingen rettet seg særlig mot forbedret bevegelsesevne, opplevelsessevne og interpersonell fungering. Vi ønsket å gi pasientene økt innsikt i sammenhengen mellom kroppslige uttrykk, følelser og opplevelser for på denne måten kunne sette igang selvreguleringsmekanismer. Materialet besto av 72 pasienter.

Pasientgruppen

Pasienter med kroniske nevrososer og personlighetsforstyrrelser kjennetegnes av personlighetstrekk som består av rigide og fastlåste mønstre i det å iakttas, forholde seg til og tenke om sine omgivelser og seg selv. De har en dårlig familiær og sosial tilpasning og store subjektive plager. Alkohol- og eller medikamentmisbruk samt gjentatte suicidalforsøk er vanlig (Armeliuss og Kullgren 1986). Disse pasientene er storforbrukere av helsetjenester både innen somatikk og psykiatri (Gunderson 1984).

Det som spesielt kjennetegner disse pasientene er en mangelfull selvutvikling, mangel på meningsfullt forhold til egne opplevelser og en fremmedgjort selvforståelse. Mangelfull selvutvikling, jeg-svakheter eller prenevrotisk patologi er uttrykk som indikerer former for psykiske forstyrrelser som er mer alvorlig og har større betydning for personligheten enn nevrosene (Monsen 1989). Pasienten forstår seg selv på en stagnert måte preget av manglende nyanseringsevne og ekspressivitet i forhold til opplevelser og følelser. Dette viser seg som vansker med å gi en god og nyansert beskrivelse av seg selv, hvem man er, hvordan man opplever sin kropp, sine følelser og sitt forhold til andre mennesker. De lider av en kronisk usikkerhet og misnøye med egen kropp er kritisk nedvurderende og full av forakt og forømmelse av egen person. Dette skaper problemer i

forhold til andre mennesker spesielt når det gjelder nærhet, seksualitet og aggresjon. Det medfører konflikter som gjør at de trekker seg fra samvær og blir sosialt isolert.

Antallet av pasienter med varierende grad av disse personlighetstrekk er økende også hos fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Det er en ny pasientgruppe som anses vanskelig å behandle og som krever nytenking og mer utradisjonelle arbeidsmåter. Personer med slike problemer krever noe mer enn en avdekkende terapi. De trenger kanskje først og fremst å etablere et meningsfullt forhold til egne opplevelser og kunne relatere seg på personlige måter i forhold til andre (Monsen 1989).

Gruppebehandling skulle teoretisk sett derfor være særlig nyttig for denne pasientgruppen da de blant annet kjennetegnes av alvorlige interpersonelle problemer. Vår undersøkelse viste at mange pasienter har behov for og kan nyttegjøre seg en kroppsrelatert gruppebehandling. Undersøkelsen viste også at man i en slik gruppe kan integrere interpersonelle faktorer i terapiprosessen og dermed belyse og bearbeide forstyrrelser i mellommenneskelige forhold.

Teoretisk forankring

Gruppeterapi som en form for medisinsk og psykologisk behandling har eksistert siden begynnelsen av dette århundret (Pratt 1908). Forskjellige former for gruppeterapi er utviklet for personer med ulike typer psykologiske problemer.

Særlig rask har utviklingen vært i USA etter 2. verdenskrig (Alexander 1932, Moreno 1944, Pearls 1973, Schutz 1973). I den senere tid har interessen for gruppebehandling økt i vesentlig grad ved behandling av psykiatriske lidelser. Også innenfor fysioterapifaget ser vi i større grad de terapeutiske muligheter som ligger i forskjellige former for gruppebehandling (Urdal 1975, Skatteboe 1981, Bjerin og Bjørkegren 1988).

Teori om grupper baserer seg på teori om interpersonelle relasjoner. Pasientenes symptomer er ifølge denne teorien manifestasjoner av forstyrrelser i forhold til viktige personer tidligere i livet (Yalom 1985). Problemer fra barndommen og ungdomstiden repeteres senere i nye omgivelser.

Fairbairn (1952) var en av de første teoretikerne som



- Å dele sin optimisme med andre er å mobilisere håp.

understreket betydningen av samhandling som grunnleggende faktor i menneskelig utvikling. I en gruppe forventes deltakerne å arbeide sammen. Det oppstår situasjoner som belyser og gir mulighet til å løse konflikter som oppstår i samhandlingen.

Når forstyrrelser har oppstått i samhandling med andre, er det også naturlig å løse disse innenfor en lignende ramme. Jeg synes Sullivan har formulert dette meget elegant:

«It takes people to make people sick, and it takes people to make people well again» (Sullivan, 1953, s. 372).

Yaloms terapeutiske faktorer

Irvin Yalom er professor i psykiatri ved Stanford University, School of Medicine, USA. Han har blant annet skrevet to bøker om gruppepsykoterapi, «Inpatient group psychotherapy» (1983) og «The theory and practice of group psychotherapy» (1985) som begge er blitt «klassikere» i sitt felt. I disse bøkene tar han opp sentrale spørsmål innen gruppepsykoterapi basert på egen klinisk virksomhet og forskning og fra diskusjoner med stabsmedarbeidere gjennom mange år. Han har blant annet intervjuet pasienter og personale på 25 akuttavdelinger for psykiatriske pasienter på private, kommunale og universitets-sykehus i USA og han har selv deltatt på mange av deres gruppemøter (Yalom 1983).

Disse gruppene arbeidet med en rekke ulike terapiformer, bl.a. forskjellige former for kroppsterapi, avspenningsgrupper, opplevelsestrening og psykodrama.

Yalom viser til noen terapeutiske faktorer som han mener er virksomme i all gruppebehandling uansett tilnærming. Disse representerer terapiens kjerne, noe som er felles for all terapi og som inneholder basale mekanismer knyttet til forandring. Jeg tar utgangspunkt i de sju faktorene som har vært mest sentrale i kroppsterapigruppen:

- Innstilling av håp
- Universalisering
- Altruisme
- Læring gjennom interpersonell handling
- Gruppesamhold («Group cohesion»)
- Eksistensielle faktorer
- Katarsis

Installering av håp

Installering og bevaring av håp er avgjørende i all form for terapi. Håp og tro på at behandlingen virker er ifølge Yalom terapeutiske faktorer i seg selv. Han dokumenterer dette med forskning som har vist at en høy grad av forventning i forhold til terapi er signifikant korrelert med positivt terapieresultat (Goldstein 1962). Det samme gjelder for helbredelse gjennom tro og pla-

cebo-behandling som er «therapies mediated entirely through hope and conviction» (Yalom 1985, s. 6).

Grupper inneholder bestandig deltakere som er på ulike nivåer i sin utvikling og sine lidelser. Pasienter forteller ofte ved avsluttet behandling hvor viktig det var å observere andres bedring.

Yalom viser også til undersøkelser (Goldstein 1962, Block et al 1976) som bekrefter hvor viktig det er at terapeuter har tro på seg selv og det de formidler i terapien. Å dele sin optimisme med andre, er å mobilisere håp.

I vår gruppe opplevde vi ofte hvordan nye deltakere ble fylt med håp og optimisme ved å se hvordan andre gruppemedlemmer forandret seg og nyanserte sine plager gjennom behandlingen. Å snu en pessimistisk holdning til en forsiktig optimisme ble ofte en sentral hendelse i terapien. Av den grunn var det viktig å ha «kulturbærende» deltakere i gruppen, det vil si personer som hadde deltatt så lenge at de nærmest hadde funksjon som støtteterapeuter.

Den positive erfaring av kroppsterapien som disse pasientene formidlet virket som regel meget sterkt motiverende på nykomlingene i gruppen.

Universalisering

Mange pasienter begynner en terapi med en gnagende følelse av å være alene i verden med sine plager, sine tanker og fantasier. Yalom påpeker at en pasients opplevelse av å være unik i sin situasjon forsterkes av den sosiale isolasjonen pasienten befinner seg i. Nedvurdering av seg selv som person umuliggjør nære kontakter med andre mennesker. Yalom har erfart at de vanligste hemmeligheter som «ikke pasienter» har i forhold til seg selv har det samme innhold hos personer som søker profesjonell hjelp. Nesten uten unntak handler det om bekymring over følelsen av å være verdiløs som menneske og en manglende evne til å forholde seg til andre mennesker.

Når pasienter begynner å avsløre sine skambelagte hemmeligheter og likheter for hverandre får de også lettere for å akseptere hverandre. Oppdagelsen at flere er i samme båt som en selv gir en følelse av sosial tilhørighet. Skamfølelsen og opplevelsen av å være annerledes blir derved mindre, samtidig som kunnskapen om en selv og andre øker. Erfaringen viste at jo mere en opplevde av sin kropp, seg selv og jo bedre en lærte å forstå sin kropp, seg selv, jo bedre rustet var en til å forstå andre.

Altruisme

Med altruisme forstås nestekjærlighet og omtenkhet overfor andre mennesker. I dette begrepet ligger blant annet en opplevelse av at en ikke er alene i verden, men at den enkeltes væremåte har både positive og negative konsekvenser for en selv og andre.

Psykiatriske pasienter som begynner i terapi har en dyp følelse av ikke å ha noe verdifullt å tilby andre. De har lenge opplevd seg som en belastning og det blir derfor en ny og oppfriskende erfaring å oppleve at de er vik-

tige for andre. Pasienter gir hverandre støtte, nytt pågangsmot, nye tanker og forestillinger og deler innsikt og problemer med hverandre. Terapeuten oppleves av mange som en «betalt profesjonell» som kan vekke mistillit og som ikke har samme genuine forhold til en selv som medpasientene. Disse er tillitsfulle og ekte. Medpasienter kan man stole på da de gir spontane og sanne reaksjoner og tilbakemeldinger om en selv.

«People need people» sier Yalom (1985, s. 14). Å være viktig for en annen person og for gruppen fører til at en glemmer seg selv, får større tillit til seg selv og derved økt selvrespekt.

Medlemmene i kroppsterapigruppen snakket ofte om at de følte ansvar for gruppen; ansvar for egen og andres terapi og at den enkeltes fravær «gjorde noe» med dem selv og gruppen som helhet. Når noen gikk fra et gruppemøte før timens slutt vekket det skyldfølelse og sinn hos dem som var igjen. Noen spurte: «Var det min feil? Hva galt gjorde jeg nå da?» etc. Andre ble mer opptatt av fortvilelsen hos den som

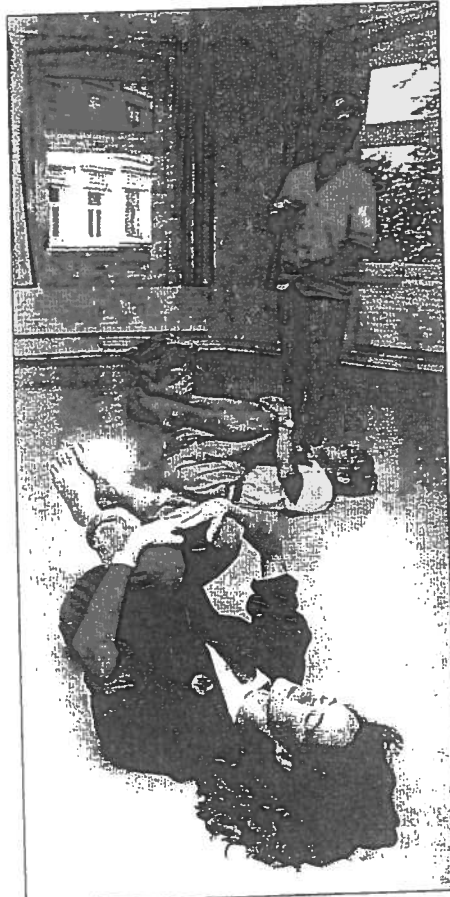
gikk fra gruppen enn av det som skjedde med dem selv. Såre følelser og minner i forhold til å være med eller utenfor en gruppe ble synliggjort og satt ord på i slike sammenhenger.

Læring gjennom interpersonell handling

Læring gjennom interpersonell handling er ifølge Yalom den viktigste terapeutiske faktoren i en gruppe-terapi. Han bygger innholdet i denne faktoren på:

- Relasjonsteori
- Gruppen som et sosialt mikrokosmos
- Her og nå

Gruppeteori har som tidligere nevnt sin bakgrunn i relasjonsteori. Hver pasients lidelse sees i sammenheng med erfaringer i forhold til viktige personer tidligere i livet og behandlingen skjer i relasjon til denne forståelsen.



Å være seg selv - og å være en del av helheten.

Or å vokse, modnes og utvikle seg har mennesket en basal trang til å være inkludert i en gruppe, kontrollere en situasjon og bli satt pris på som individ. Dette skjer gjennom meningsfull handling som gir opplevelse av mestring og derved vil ny selvforståelse utvikles. (Schutz 1973)

Våre samhandlingsmønstre og individuelle måter å nærme oss andre mennesker på forsterkes ofte i en gruppesituasjon. Den som er tilbaketrukket og passiv blir enda mer tilbaketrukket og passiv i en gruppe og den som er aktiv og dominerende blir enda mer aktiv og dominerende. Når bevegelsesvaner og tilnæringsmåter blir tydelige kan disse utgjøre begynnelsen til en positiv forandring. En gruppe der pasienten opplever at ingen forlater ham/henne, inngir trygghet til å våge en forandring. Pasienten tar sjansen på å tre frem på en annen måte enn tidligere og får dermed en ny selverkjennelse.

Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å oppleve flest mulig av sine forstyrrede samhandlingsmønstre og å forandre på dem. Gruppen fungerer i dette henseende som et minisamfunn der forstyrret adferd og kommunikasjon gjenspeiles i samhandling med gruppens deltakere. En som til vanlig føler seg tilbakevist og isolert vil uvilkarlig falle inn i samme mønster i gruppen. Er man selvutslettende, ettergivende, redd for nærhet eller destruktivt konkurrerende kommer man også til å være det i en terapigruppe. Med andre ord, delen reflekterer helheten; en liten del av et adferdsmønster som blottlegges i en gruppesituasjon viser at pasienten har det samme problemet i andre sosiale sammenhenger. De oppdager for eksempel hvilke aspekter av deres oppførsel som oppmuntrer andre til å nærme seg dem eller å unngå dem.

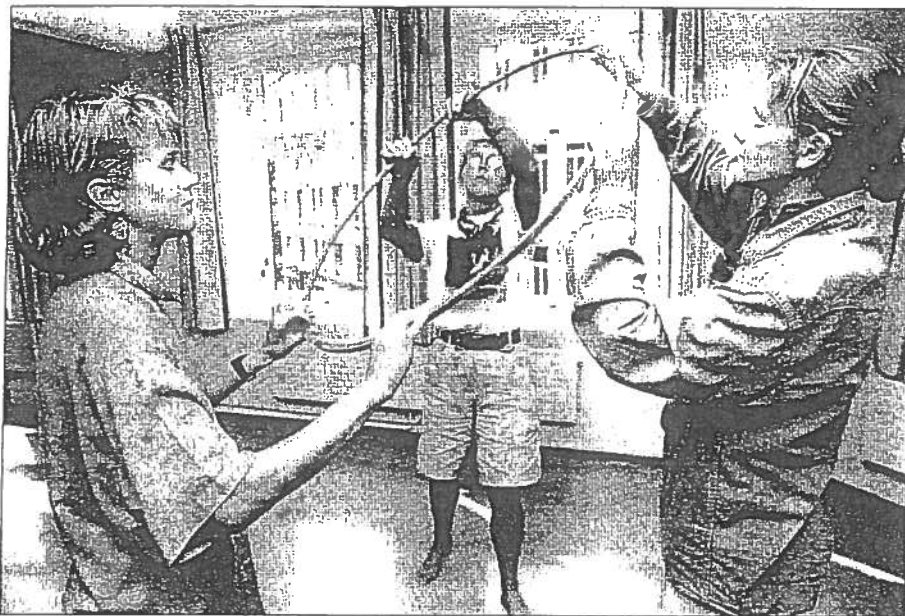
Det er imidlertid en forutsetning for vekst og utvikling at man våger å ta inn det som etterhvert fremkommer av kroppslige og personlige muligheter og begrensninger samt at dette påvirker hele ens livssituasjon. Klarer man å forandre et handlingsmønster eller forstå et symptom i det minisamfunnet gruppen utgjør, vil man også lettere klare det utenfor gruppen i andre interpersonelle relasjoner.

Begrepet «her og nå» er hentet fra Gestaltterapi og innebærer å dvele ved «nået», det vil si ved det en opplever i øyeblikket. «Å øke følelsen for nået» (Pearls 1951) medfører en aktualisering av ulike fenomener. Det som oppleves her og nå er avspeilinger av tidligere erfaringer. Opplevelsen av min kropp og min helhetlige person i øyeblikket har en forankring i fortiden. En be-

visstgjøring av denne opplevelse i nået baner vei for en forandring. Det innebærer at vi klarer å oppfatte signaler i vår kropp/vårt selv om hva som kan komme til å skje. I denne evnen til observasjon ligger potensialer til forandring. Når vi er fullstendig til stede i nået har vi mulighet til å se både bakover og fremover i tiden alt etter de krav som stilles i øyeblikket.

Å være mentalt tilstede i det som skjer her og nå synes å styrke samholdet i en gruppe.

«En gruppe som fokuserer på her og nå i sin handling er



En god gruppe: En sirkel med positivt gjensvar.

nesten uten unntakelse en vital gruppe preget av gruppesamhold» (Yalom 1983).

Gruppesamhold

Det engelske begrepet «cohesiveness» synes å ha et vidt meningsinnhold (Yalom 1983). I norsk språkbruk er den vanligste oversettelsen gruppesamhold. Godt gruppesamhold innebærer ifølge Yalom en tilknytning og en positiv relasjon til en gruppe med felles normer og felles målsetting. Deltakerne aksepterer og støtter hverandre og skaper meningsfulle relasjoner til hverandre. Jo mer en gruppe betyr for en deltaker, jo mer vil denne investere og gi av seg selv i gruppen. Det skaper en god sirkel med positivt gjensvar. Å bli akseptert av en gruppe som man setter pris på gir en opplevelse av å lykkes i sitt forhold til andre mennesker. Slike erfaringer har ifølge Yalom stor terapeutisk verdi.

Pasientene er mer tilbøyelig til å akseptere og forstå hverandre, mer interessert i å uttrykke seg, utforske seg selv og å forholde seg mer direkte til hverandre. En persons selvtilit påvirkes i høy grad av den rolle vedkommende spiller i en gruppe preget av samhold.

Yalom peker også på at en slik gruppe synes å være mer stabil med et bedre fremmøte og mindre behandlingsavbrudd, noe som er av vital betydning for et behand-

ingsresultat. Undersøkelser viser at tidlige brudd har negativ effekt på pasienten og hindrer også fremskritt i behandlingen for resten av gruppen (Yalom 1983).

Pasienter anser et godt gruppesamhold for å være av stor betydning i en terapi (Dickoff et al 1963). Spesielt viktig angis det å:

- bli akseptert av medpasienter
- kjenne igjen egne trekk hos medpasienter
- kunne henvende seg til enkelte medpasienter med spørsmål og refleksjoner.

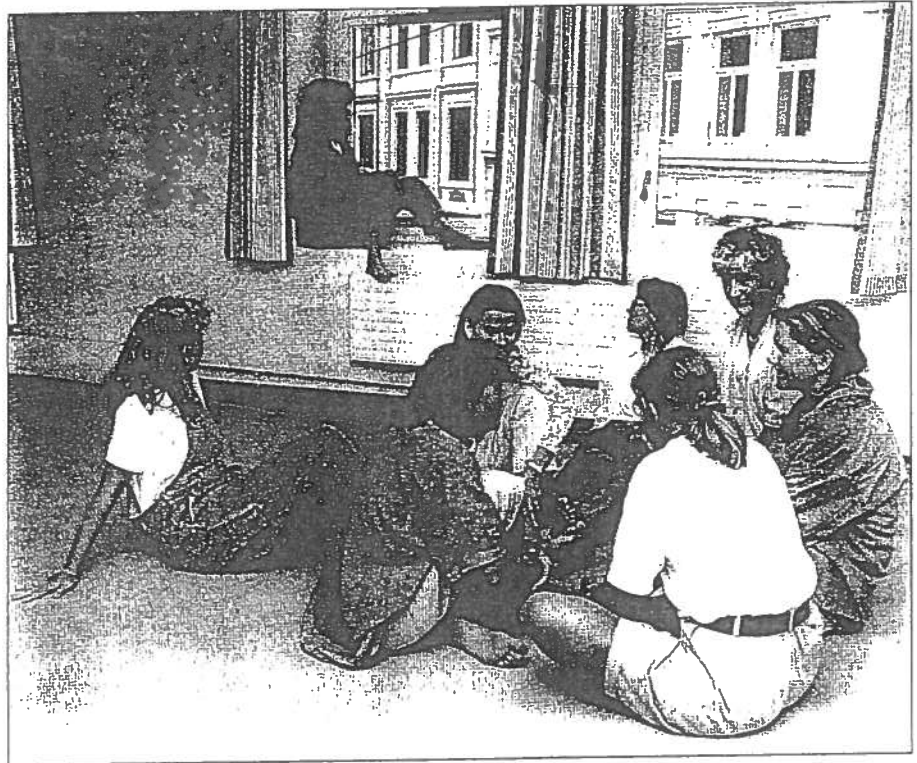
Vi la merke til hvordan nye erfaringer ble skapt i gruppen som ga grunnlag for en positiv utvikling av selvfølelsen. Deltakerne så ut til å sønne informasjon om seg selv og sitt forhold til andre mennesker gjennom gruppeaktivitetene. De begynte å forstå sine egne fikserte mønstre og å legge merke til hvordan disse spilte seg ut i samhandling med andre. Etterhvert ønsket de

å gi uttrykk for kroppslige sensasjoner, rytmer, følelser og bilder som våknet opp i kroppen under arbeidet samtidig som de opplevde at gruppen tolererte disse. Nærheten man fikk gjennom den fysiske kontakten med hverandre i øvelsene innbød til fortrolighet. Jo lenger tid deltakelsen varte, jo mer involverte man seg i hverandre gjennom støtte og speiling av både positive og negative sider (Skatteboe 1990).

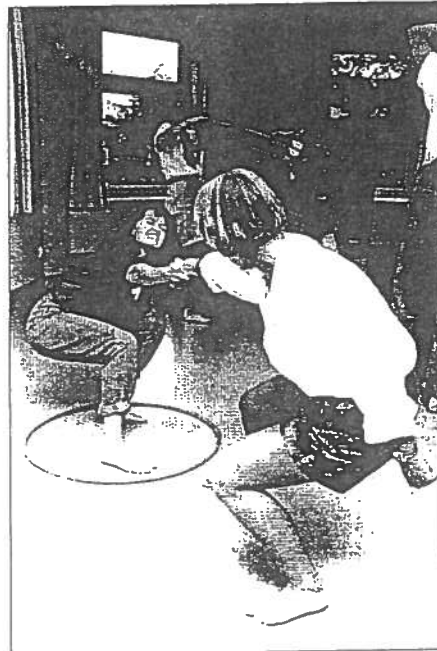
En encountergruppestudie av Liebermann et al (1973) viste høy korrelasjon mellom lavt gruppesamhold og drop out. De som avbrøt behandlingen hadde ikke klart å få tilhørighet til gruppen og sluttet da de følte seg avvist og angrepet. Vi gjorde samme erfaring med hensyn til disse utstøtningstendenser. Til sine tider ble gruppesamholdet truet av nykomlinger i gruppen. De ble gjerne sett på som «inntrengere» som konkurrerte med de «gamle» om plass og oppmerksomhet. Følelser av søskensjalousi og misunnelse kunne i slike sammenhenger bli sterkt aktivert. Pasienter som ble offer for disse gjorde seg ofte bemerket med angrep på gruppen som helhet og ble dermed hurtig isolert fra den.

For terapeutene ble det viktig å kunne gi beskyttelse, oppmerksomhet og støtte i begynnerfasen for å sette disse kreftene ut av spill. Med sin væremåte kunne gruppelederne vise at de aksepterte og forsto at gruppen måtte ty til avvisning. Gjennom å alminneliggjøre avvisning som noe vi alle tyr til i mer eller mindre grad når vi føler oss truet eller usikre ble det lettere å forholde seg til dette problem.

Når formidlingen av aksept på avvisning blir diffus kan gruppelemmene lett provosere lederen til å sette klarere ytre grenser. Det motsetningsforhold som da



Utstøtt?



Samhandling.

oppstår mellom lederen og gruppen, kan lett føre til en autoritær gruppeledelse (B. Urdal 1975). Når vår gruppe ble preget av mye forvirring og oppløsende tendenser, særlig skapt av pasienter med borderlinediagnose, kunne vi oppleve et slikt motsetningsforhold. Den beste løsningen i slike situasjoner syntes å være å tillate vedkommende pasient å forlate

timen. Også Yalom anbefaler det som en rimelig løsning i visse tilfeller for å kunne bevare gruppesamholdet for resten av gruppen.

Eksistensielle faktorer

Både terapeuters og pasienters tanker som berører meningen med livet, døden, frihet, ansvar og isolasjon kaller Yalom eksistensielle faktorer (Yalom 1985, s. 92). Basale konflikter i forhold til slike spørsmål synes å

være angstprovoserende hos svært mange. Mennesket ønsker å fortsette sin eksistens, men er samtidig klar over dødens unngåelighet. Alle ønsker vi kontakt, beskyttelse, å være en del av en større helhet samtidig som vi ser et gap mellom oss selv og andre. Mennesket søker mening i en verden som kan synes meningsløs. Til tross for veiledning og støtte fra andre mennesker, er hun selv ansvarlig for den måten hun lever sitt liv på. For mange av våre pasienter var dette en erkjennelse og realitetskonfrontering det var vanskelig å akseptere da behovet for hjelp og støtte var så stort og ens egen kraft kunne virke så liten.

Undersøkelser fra andre dagavdelinger viser at pasientene rangerer eksistensielle faktorer som svært betydningsfulle (M. Leszcz et al 1985). Det var også vår erfaring samtidig som det vekket angst å berøre dem. Spørsmål om liv og død var ofte knyttet til kroppslige symptomer. Bak symptomene som f.eks. svimmelhet, kvalme, oppkast, pustevansker og hjertebank kunne det ligge angst for å dø, for å gå i oppløsning og tilintetgjøres. Aktivering av slike opplevelser ga stoff for videre bearbeidelse i de verbale terapissammenhengene som individualterapi, gruppeterapi og fellesmøter.

Jo tryggere og mer fortrolig pasienten ble med sin egen kropp, jo lettere ble det å forholde seg til sider av seg selv som tidligere hadde vært truende. «Å la masken falle» i bokstavelig forstand var det samme som å erkjenne et symptom. Å hjelpe pasienten i dette arbeidet klarte vi som terapeuter best når vi lyktes i å være tilstede og dele opplevelsen uten å gripe inn i den. Følelsen og opplevelsen fikk ha sin tid og ga etterhvert pasienten større forståelse, innhold og mening. Yalom (1985) sier om tilstedeværelse:

«Presence is the hidden agent of help in all forms of therapy».

Problemer i forhold til nærhet og distanse ble avslørt gjennom måten pasientene gjorde bruk av rommet, og hvordan de forholdt seg til terapeuter og andre gruppedlemmer i dette. Hvor nær kunne en komme uten at det ble brysomt, når ble det nødvendig å trekke seg? Eller var det slik at en ikke kunne komme tilstrekkelig nær? Slike observasjoner satte ofte igang refleksjoner omkring ensomhet, isolasjon, meningsløshet, håpløshet, selvforakt og lengsel etter nærhet til andre. Noen kunne se ensomhet som en del av menneskets livsvilkår, noe som bidro til å alminneliggjøre denne følelsen. For andre var det å måtte akseptere ensomhet en tanke som skapte hjelpeløshet og handlingslammelse - å ta ansvar for eget liv der og da virket umulig.

Katarsis

Katarsis er en tilstand der fortrenge følelser slippes frem og fører til lettelse (Fredmann, Kaplan, Sadock, 1976).

Selv Freud mente at en ren utluffing av følelser ikke er tilstrekkelig for en vellykket terapi. Yalom poengterer at vi alle gjør sterke emosjonelle erfaringer hele livet ut at disse fører til forandringer. Forskning synes å

støtte disse iakttagelsene. Liebermann et al (1973) viste i sin encounterstudie at det ligger en begrensning i en ren katarsis opplevelse. Deltakere som bare fikk en utluffing av følelsene hadde større forutsetninger for å høste negative erfaringer i gruppearbeidet. De som syntes å profitere mest på terapien viste en profil der sterke følelsesuttrykk ble bearbeidet i en kognitiv sammenheng.

I vårt gruppearbeide ble ren utluffing av følelser ikke sett på som særlig velegnet. Vi la vekt på å fremme varhet for kroppsupplevelser og følelser og å kunne uttrykke disse på en hensiktsmessig måte.

Vi så ikke på gråt, aggresjon, uro, forvirring og dominerende som noe vi måtte prøve å unngå. Rammen omkring gruppen, timens lengde, øvelsesinnhold og komponering av dagsprogram er «verktøy» som gir fysioterapeuten mulighet til å dosere behandlingen. Med bestemte teknikker kan man i en viss grad styre unna de følelsesmessige ytringsformene. Jeg er imidlertid enig med Urdal (1975) som mener at det ikke er hele sannheten. Affektive reaksjoner er allmennmenneskelige ytringsformer som like mye angår gruppelederen som den enkelte gruppedeltaker på et personlig plan. «Å takle aggresjon, gråt og utglidning vil i siste instans være avhengig av hvordan en kan takle sin egen aggresjon og gråt» (Urdal 1975). Også her blir fysioterapeuten som gruppeleder en modell for de andre i gruppen gjennom å vise hvordan hun håndterer sine egne følelser og holdninger. Samtidig er det viktig at hun ikke eksponerer seg mer enn hva pasienten klarer å ta inn og forholde seg til.

Avslutning

Å være, å gjøre og å samhandle gir opplevelser av å leve i kroppen. I min erfaring har det vist seg at et bevisst arbeide med bevegelser fører til bedre balanse, frihet og mentalt nærvær og gir en endret subjektiv opplevelse av å «være sin kropp» med følelser og levende liv. Dette har åpnet opp for muligheter til å lære seg selv og sine reaksjoner bedre å kjenne og til forbedrede relasjoner med andre mennesker.

Det er mitt inntrykk at denne arbeidsformen der kroppen er selve inngangsporten til selvforståelse, ivaretar en bearbeidelse av spesifikke problem det kan være vanskelig å nå i en individualbehandling. Spesielt gjelder dette fremmedgjøring i forhold til egen kropp/person, problem med nærhet/avstand, tilbaketrekking og sosial isolering. Kroppen er ikke bare noe man gjør noe med. Den er opplevende og er sammen med andre. I denne sammenheng får kroppen en annen relasjon. Den er mere enn en ting.

Jeg har referert noen faktorer hos Yalom jeg mener har hatt betydning i vår kroppsterapigruppe. I likhet med Yalom har jeg erfart at disse terapeutiske faktorene ikke er separate enheter, men er vevd inn i hverandre til en større enhet. For noen pasienter virket det som om en faktor hadde større betydning enn andre, selv om de alle sammen påvirket hverandre og forsterket prosessen.

Det er min erfaring at de terapeutiske faktorer Yalom har angitt forekommer i alle former for grupper og at det er nødvendig å kjenne til forekomsten av dem enten man velger å ta hensyn til dem som en del av terapien eller ikke. Det er et valg som den enkelte terapeut gjør utfra egne erfaringer og ønsket målsetting. Den kunnskapsmengde og tidligere gruppeerfaring vi har er avgjørende for dette valg. Selv om fysioterapeuter lenge har arbeidet med forskjellige former for gruppebehandling har man ikke lagt tilstrekkelig vekt på disse terapeutiske faktorene. Klinisk erfaring har vist meg at slike faktorer i stor grad har innvirkning på behandlingsforløp og at kjennskap til dem er en nødvendig del av fysioterapikunnskap og gruppebehandling.

For detaljert og praktisk kunnskap om arbeidsmåten og prosjektet henvises det til U-B. Skatteboe, «Å være i samspill - en kropporientert gruppebehandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser», Hovedfagsoppgave ved Statens Spesiellærerskole, Hosle (1990). Kan bestilles fra Norlis bokhandel i Oslo.

Litteratur.

- Alexander, F M: The use of the self. Dutton, N.Y. (1932).
- Armelius, B Å, Kullgren, G: PC-modelling as instrument to identify patterns of traits and behaviors associated with completed suicide in borderline personality disorders. J. of Consulting and Clinical Psychology (1987).
- Bloch, S et al: Patients expectations of therapeutic improvement and their outcomes. American J. of Psychiatry 133:p.457-59 (1976).
- Bjerin, C, Björkegren, I: Sjukgymnasten som gruppeleder. Sjukgymnasten nr. 9, 1988.
- Dickoff et al: Patients view of group psychotherapy. Int. J. of Group Psychotherapy 13:61-73 (1963).
- Dropsy, J: Leva i sin kropp. Natur och kultur, Stockholm (1987).
- Dropsy, J: Den harmoniske kroppen. Natur och kultur, Stockholm (1988).
- Fairbairn, WR: Psychoanalytic studies of the personality, Tavistock, London (1952).
- Fredman, A M, Kaplan, H J, Sadock, B J: Synopsis of comprehensive textbook of psychiatry II. The Williams and Wilkins, Baltimore (1976).
- Friis, S, Skatteboe, U B, Hope, M K, Vaglum, P: I. Body awareness group therapy for patients with personality disorders. II. Evaluation of the Body Awareness Rating Scale. J. of psychotherapy and psychosomatic (1989).
- Goldstein, A P: Therapist - Patient Expectancies in Psychotherapy. Pergamon Press, N.Y. (1962).
- Gunderson, J G: Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Press. Inc. Washington (1984).
- Lieberman, M et al: Encounter Groups: First facts. Basic Books, N.Y. (1973).
- Leszcz, I et al: The value of Inpatient Group Psychotherapy and Therapeutic Process: Patients perceptions. Int. J. of group Psychotherapy 35, (1985).
- Monsen, J: Inngående psykoterapi, en psykologisk behandlingsform tilpasset personer med alvorlige former for psykiske forstyrrelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1989).
- Monsen, J: Alvorlige psykiske forstyrrelser og forandringer etter inngående psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1989).
- Moreno, J.L.: Spontaneity test and spontaneity training. Psykodrama monograph 4. Beaconhous 1944.
- Pearls, F, Hefferline, R, Goodman, P: Gestalt therapy, excitement and growth in the human personality. Penguin Books, London (1973).
- Pratt, J H: Results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method. Brit. med. Jr. 2, 1070-1071 (1908).

- Roxendal, G: Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Methodical thesis for an academeical dissertation (1985).
- Skatteboe, U B: Å være i samspill. En kropporientert gruppeterapi for pasienter med kroniske nevroses og personlighetsforstyrrelser. Hovedfagsoppgave ved Statens Spesiellærerskole, Hosle (1990).
- Skatteboe, U B: Med kroppen som referanse. Fysioterapeuten 48:328-332 (1981).
- Sullivan, H S: The collected work of Harry Stack Sullivan. Norton, N.Y., s. 372 (1953).
- Schutz, W C: Elements of encounter. Jou Press, Big Sur (1973).
- Urdal, B: Å lede en gruppe. Refleksjoner omkring ledelse, affekter og kropp/sjel problematikk i en gruppedynamisk sammenheng. Fysioterapeuten nr. 42: s. 167-169 (1975).
- Yalom, I D: Inpatient group psychotherapy, Basic Books, Inc., Publishers, N.Y. (1983).
- Yalom, I D: The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books, Inc., Publishers, N.Y. (1985).



Ulla- Britt Skatteboe er ledende fysioterapeut ved Psykiatrisk avd. B, Ullevål sykehus.

Alle foto: Ola Vidje

Therapeutic factors in group treatment

This article is based on a body therapy project carried out at the out-patient clinic of the psychiatric department at Ullevål hospital Oslo from 1982-1986.

The patients in the group suffered either from neuroses or personality disturbances. The main aim of the project was to increase the patient's self insight and self esteem through group treatment. In this article the author presents the therapeutic factors influencing group treatment. Her theory is founded on the work of the American psychiatrist Irwin Yalom, who refers to therapeutic factors active in all group therapy. The author bases her treatment on seven of these factors: the installation of hope, universalization, altruism, existential factors and catharsis. Her conclusion is that these factors occur in all group treatments, whether they are taken into consideration or not. They have a significant effect on the course of treatment and it is therefore important that physiotherapists acquire a knowledge of these factors.

Key words: Body therapy project, group treatment, bodily experience, therapeutic factors.