

Den positiva vetenskapliga värderingen av gruppterapi står i kontrast till statistik som visar att gruppterapi används mycket lite.

Gruppterapi – en *under* utnyttjad resurs



CHRISTER SANDAHL

TITEL: leg. psykolog, leg psykoterapeut och professor i samhälls- och beteendevetenskap vid Medical Management Centrum, Karolinska institutet.

BAKGRUND: Lång erfarenhet som praktiker inom både klinisk och organisationspsykologi. De senaste 15 åren har han varit verksam som forskare på heltid och ägnat sig åt gruppens psykologi med tillämpningar inom såväl psykoterapi som i samband med teamutveckling och ledarskap i sjukvård och akademi.

TERAPI I GRUPP, där gruppens potential tas tillvara, är inte något andrahandsalternativ, inte ett näst-bäst-val och inte en utspädd behandling jämfört med andra terapiformer. Gruppterapi står för sig själv och ger lika bra resultat som individualterapi för det stora flertalet av tänkbara klienter, även om det givetvis finns undantag från regeln.

Gruppen har beskrivits som ett socialt mikrokosmos som aktiverar de typiska relationsmönster som är problematiska för individen. I gruppen kan man lära sig förstå hur grupper, och i förlängningen samhället, fungerar och även sin egen roll i detta sammanhang. Gruppen har en potential att sätta igång starka förändringskrafter. De andra kan observera, ge feedback och föreslå förändringsstrategier som kan praktiseras i och utanför gruppen. Man kan lära genom att observera och imitera. För många innebär det en lättnad och avlastning att känna igen sig i varandras problem och

svårigheter. Och när man inser att man varit till hjälp för någon i gruppen stärks självkänslan. Allt detta är exempel på vad patienter brukar berätta när man frågar dem om vad som varit bra med gruppen. Patienter som gått i grupp är generellt sett mycket nöjda, samtidigt som man kan konstatera att grupp sällan är ett första-handsval när man söker hjälp.

Det finns patienter som bör erbjudas individualterapi i första hand, men för det stora flertalet kan man argumentera för att gruppterapi borde vara det självklara förstahandsvalet. Dels för att det är en effektiv metod, men också mot bakgrund av att gruppterapi bidrar till en god arbetsmiljö för behandlare. Bland annat genom den professionella tillfredsställelse som det innebär att uppleva hur patienterna använder sig av metoden. Det är också mindre betungande att möta klienter med en omfattande problematik inom ramen för gruppterapi än att arbeta i individualterapi (Marziali & Munroe-Blum, 1994). I tider av begränsade resurser är gruppterapi dessutom ett ekonomiskt fördelaktigt alternativ.

DET FINNS EN omfattande och övertygande forskning om gruppterapins effektivitet. Även om forskningen om gruppterapi inte är lika



illustration: Aron Landahl

omfattande som den som finns om individualterapi håller den lika hög kvalitet. Under de senaste 30-40 åren har forskningen kännetecknats av några olika trender. Under 1970-80-talen fanns ett stort behov att undersöka om gruppterapi över huvud taget var verksamt. 1980 publicerades en bok med titeln "The benefits of psychotherapy" (Smith, Glass & Miller, 1980) som var en meta-analys av 475 kontrollerade utfallsstudier av psykoterapi. Nästan hälften av de studier som ingick i analysen (233) handlade om korta gruppbehandlingar som i genomsnitt sträckte sig över cirka tre månader.

Författarna introducerade ett index som gör det möjligt att jämföra olika behandlingsformer med varandra, den så kallade effektstorleken, som fortfarande används i psykoterapiforskning när man vill redovisa effekten av en behandling. I läkemedelsbehandling av psykiatriska symtom brukar en effektstorlek på 0.80 anses vara mycket god. I den ovan nämnda boken fick man en effektstorlek på 0.83 för gruppterapi och 0.87 för individualterapi när likvärdiga behandlingar jämfördes.

Under 1990-talet blev många forskare upptag-

na av frågor om så kallad "formatekvivalens", det vill säga skillnader och likheter i utfall av grupp respektive individualterapi. Ett par metaanalyser har redovisats av forskningsprojekt där man jämfört utfall av individualterapi och gruppterapi i samma studie. De får i princip samma resultat som Smith et al. (ibid), det vill säga inga skillnader (Tillitski, 1990; Piper & Joyce, 1996) eller i vissa fall det omvända som i Mc Roberts et al. (1998) där man fick en effektstorlek på 0.76 för individualterapi och 0.90 för gruppterapi. Slutsatsen från dessa analyser av tidigare forskning är att resultatet var detsamma oavsett om terapin skedde i grupp eller individuellt. I en tysk meta-analys där man inkluderade ny forskning bekräftades samma trend. I hälften av de analyserade studierna fann man inga skillnader i resultat, i fem av studierna gav individualterapi bättre resultat och i sex rädde det motsatta förhållandet, det vill säga gruppterapi gav bäst resultat (Tschuschke, 1999).

Under senare år har det kommit flera studier som visar på goda behandlingsresultat med gruppbehandling för till exempel: depression,

stressrelaterad ohälsa, social fobi, panikångest, tvångssyndrom, ätstörningar, beroendeproblem, trauma/PTSD, stöd vid allvarlig sjukdom (exempelvis bröstcancer), personlighetsstörning och schizofreni (Fuhriman & Burlingame, 1994; Burlingame et al., 2003; Knauss, 2005, Burlingame et al., 2004). Goda resultat har även redovisats för patienter med anhöriga till sjuka, hiv-positiva och aidspatienter, psykosomatiska patienter, unga vuxna, grupper för barn och ungdomar med psykiatrisk problematik (MacKenzie 1997; Bileing et al. 2006; Burlingame et al., 2013). I en svensk studie av gruppterapi för patienter som varit långtidssjukskrivna på grund av utmattningssyndrom (Sandahl et al. 2011) såg man god symtomförbättring, men man fann inte heller här några skillnader i resultat mellan fokuserad gruppterapi, kognitiv terapi i grupp och individualterapi.

De flesta gruppterapistudier är genomförda på relativt korta terapier (oftast färre än 20 sessioner). Det finns emellertid några undantag. I en norsk avhandling kunde man till exempel dokumentera goda effekter i termer av symtomförbättring och socialt fungerande efter i genomsnitt 100 sessioner i gruppanalytisk psykoterapi för en allmänpsykiatrisk patientgrupp (Lorentzen, 2000; Lorentzen et al., 2002). I en tidigare kanadensisk studie fann man att lång tids gruppterapi gav bättre resultat än kortare terapier (Piper et al., 1984). Tschuschke och Anbeth (2000) har följt ett stort antal patienter i deras naturliga terapiförlopp och fann mycket goda symtomförbättringar hos patienter som gått i lång gruppanalytisk terapi. Goda resultat har även redovisats av långa terapier för patienter med ätstörningar, kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp, missbrukare med personlighetsstörning och unga vuxna (Knauss, 2005).

En ambitiös och unik studie har genomförts i Norge, där man under kontrollerade förhållanden jämförde utfall av korttids och långtids manualbaserad gruppanalytisk psykoterapi, med 20 respektive 80 veckovisa sessioner. Den genomsnittliga effektstorleken i fyra utfallsmål för bägge formaten var 0,8 (Lorentzen et al., 2013). Man fann emellertid en skillnad när man följde upp de patienter med personlighetsstörning som ingick i studien. För den gruppen gav den långa terapin bättre resultat, effektstorleken på skillnaden var liten – moderat (Lorentzen et al., in press). En analys av ännu opublice-

rade data från en sjuårsuppföljning visar på en intressant skillnad mellan behandlingarna. De patienter med personlighetsstörning som hade gått i korttidsterapi behöll nivån av förbättring av symtom, interpersonliga problem och psykosocialt fungerande under uppföljningsperioden, medan de som gått i den längre terapin kontinuerligt fortsatte att förbättras (personlig kommunikation, Steinar Lorentzen, april 2014).

Det finns även en del positiva forskningsresultat av homogena grupper för patienter med personlighetsstörning (särskilt borderline). Några stora studier där man kombinerat individualterapi med gruppterapi har visat goda resultat för såväl Mentaliseringsbaserad (MBT) (Bateman & Fonagy, 2009) som Dialektisk beteendeterapi (DBT) (Mc Main et al., 2009).

Under rubriken "Gruppterapiforskning" ryms många olika företeelser. Vanligast är kanske att man associerar till den typ av grupper där fokus ligger på interaktionen och utbytet mellan gruppdeltagarna, vilket då betraktas som den centrala psykoterapeutiska faktorn. Det förtjänar emellertid att framhållas att den överväldigande majoriteten av redovisad gruppterapiforskning handlar om kognitiv beteendeterapi. Det finns en intressant paradox som påpekas i en nyligen publicerad genomgång av forskningen (Burlingame et al., 2013). Många av de forskare som studerat KBT i grupp är frågande inför den oförklarade variansen i sina studier, det vill säga sådana resultat som inte förklaras av den teoretiska inriktningen på behandlingen eller egenskaper hos patienterna. Författarna till litteratursammanställningen (ibid.) anser att forskarna förbisett viktig information genom att inte ha gett tillräcklig uppmärksamhet åt välkända och mätbara gruppegenskaper och processer, som till exempel sammanhållning, gruppklimat, grupputveckling och upplevelsen av gruppen som helhet. De kommer till slutsatsen att KBT-forskarna helt enkelt inte ser sig som specialister i gruppterapi eller gruppdynamik, utan som specialister i en särskild psykisk störning (t.ex. depression) eller teoretisk inriktning (KBT) och därför inte sett det som intressant att belysa grupprocesser med tillgängliga forskningsverktyg.

Bakgrunden har att göra med att KBT av tradition har beskrivits och praktiserats som en individuell behandling och att det inom KBT därför saknas en gruppteori. Detta kan framstå

som egendomligt med tanke på att KBT har bedrivits i grupp sedan 1970-talet. Ursprungligen var argumentet kort och gott att fler patienter kan behandlas inom samma tidsrymd. I takt med att besparingskraven inom hälso- och sjukvården har ökat har det blivit nödvändigt att anpassa behandlingen. KBT-terapeuter har kunnat anpassa sig till dessa förhållanden mot bakgrund av att man kunnat visa en fortsatt god evidens även för KBT i grupp.

DEN POSITIVA VETENSKAPLIGA värderingen av gruppterapi står i bjärt kontrast till den nedslående statistik som visar att gruppterapi används i mycket liten omfattning inom professionell behandling och social omsorg. Någon kanske invänder att det ändå finns en hel del grupper där deltagarna under ledning får möta andra med samma problem. Det stämmer i viss utstäckning, men erfarenheten är att dessa grupper sällan utnyttjar det som är unikt för gruppen, det vill säga utbytet och interaktionen mellan gruppdeltagarna. Många kliniskt

verksamma behandlare har uppfattningen att det är krångligt att bedriva gruppterapi, att patienterna blir tysta, eller ifrågasättande, eller helt enkelt uteblir och slutar. Sådana erfarenheter undergräver givetvis den professionella kompetensen och självkänslan. För att undvika det bygger man upp gruppterapi som undervisning, där man känner sig trygg i en invandstruktur och har någorlunda kontroll över processen, till priset av det personliga erfarenhetsutbytet och samtalet patienterna emellan.

Eftersom en session i gruppterapi vanligtvis är längre än en individualterapi timme (60-90 minuter jämfört med 45-60 minuter) kan man säga att patienten får mer terapitid i grupp, men behöver avsätta mindre av egen tid i individualterapi. Samtidigt får patienten i genomsnitt mindre "taltid" i gruppen, vilket avspeglar den grundläggande skillnaden mellan behandlingsformerna. Det är just närvaron av de andra gruppdeltagarna och vad de gör och säger som skapar de unika möjligheterna till lärande och förändring. Gruppterapi handlar lika mycket



En ärlig chans till ett bättre liv

Det sägs att den som frågar ett barn alltid får ett ärligt svar. Men inte alla barn får chansen att bygga en trygg relation där de vågar säga sitt hjärtas mening. Även om förtroendet mellan barn- och vuxenvärlden kan vara skadat är det aldrig för sent. Tryggheten kan återuppbyggas med rätt förutsättningar. Vill du veta mer? Ring 0456- 229 41 eller besök www.grodbygarden.se

GG Grödbygården
EN KUPAD HAND FÖR LIVET

Nu även i Stockholm!



Konsulentstött familjehemsvård
i mellersta och södra Sverige

Familjehemspoolen har arbetat med Konsulentstött familjehemsvård sedan 1992.

Konsulenter med gedigen kompetens och erfarenhet.
Hög tillgänglighet och en fördelaktig prisbild.

Kontakta vår samordnare
Caroline Åkerhielm
0142-121 15
www.familjehemspoolen.com

Familjehemspoolen

»Det är ett egendomligt faktum att det saknas grupp-terapiutbildning i socionom- och psykologutbildningarna.«

om att lyssna, se andra relatera och själv aktivt delta i icke-verbal interaktion. I fokus står det interpersonliga implicita lärandet. Det handlar verkligen inte om att gruppen är ett bekvämt sätt att behandla en patient i taget medan de andra observerar och väntar på sin tur.

Erfarenheter och forskning visar att patienter förväntar sig och upplever sig att ha mindre kontroll i grupp eftersom många personer, inte bara två, påverkar händelseutvecklingen. Man måste acceptera att man är en del av en grupp och samtidigt en individ, det vill säga som i livet i stort. Gruppen erbjuder inte samma avskildhet som individualterapi och ibland kan det som händer vara svårt att förstå. Inte sällan är man rädd för att bli tvungen att avslöja saker om sig själv som man vill hålla privat och tanken på att bli överväldigad av kritik kan vara tillräcklig för att avstå. Sådana farhågor måste man tala igenom ordentligt innan gruppen startar. Patienten behöver få information om hur gruppbehandlingen kommer att gå till och vad det innebär, och behöver hjälp att förstå hur de egna problemen ska kunna förändras i samtalen med de andra. Det är sedan en av behandlarens huvuduppgifter att balansera kommunikationen i gruppen på ett sådant sätt att den personliga integriteten inte överskrids på ett destruktivt sätt.

Många behandlare i vården, som inte har egen erfarenhet av terapi i grupp, har samma farhågor som patienterna, vilket säkert påverkar benägenheten att rekommendera grupp. Alla har vi erfarenhet från skola och uppväxt, som åskådare eller aktörer, av hur lätt mobbning och trakasserier aktiveras i grupper. Vilka garantier finns att detta inte upprepas i en

terapi-grupp? Egentligen bara gruppledarens professionalitet och etiska medvetenhet.

DET ÄR ETT egendomligt faktum att det saknas grupp-terapiutbildning i Sverige. Det ingår oftast inte heller några kurser om grupp-terapi i socionom- eller psykologutbildningarna, där de i första hand borde höra hemma. I detta avseende skiljer vi oss från våra nordiska grannländer och även mot de flesta övriga länder i världen där man överhuvudtaget har psykoterapiutbildning.

Betydligt fler än nu, skulle kunna erbjudas och ha glädje av gruppbehandling. Det gäller klienter, patienter och brukare såväl inom primär- och företagshälsovård som inom somatisk vård och psykiatri, liksom inom en mycket stor del av sociala omsorgen. Tillämpningsområdena är många.

En förutsättning för att vi ska kunna ta tillvara gruppens potential är emellertid att den som leder gruppen har kunskap om dess speciella utmaningar och möjligheter. Negativa grupperfarenheter är i stor utsträckning resultat av bristande kunskaper. Man behöver känna sig trygg i rollen som gruppledare, förstå vad som sker i gruppen och veta hur man kan handskas med olika situationer som kan uppstå där. Man behöver också förstå betydelsen av det organisatoriska sammanhanget och att grupp-terapin behöver vara förankrad hos ledningen och accepterad av övriga kollegor (Sandahl et al., 2014). Det är inte lätt att bedriva gruppbehandling, men samtidigt inte heller svårare än att genomföra annan behandling. Kunskapen är bara annorlunda. ●

Referenslista finns på redaktionen.