

Gruppterapi i alkoholistvård



Lars Bremberg

Alkoholistvården i Stockholm håller på att organiseras i en behandlingskedja, där nykterhetsvården förfogar över de flesta länkarna. Gruppterapi intar en central roll i behandlingsarbetet. Det principiella underlaget för detta arbete och de olika praktiska behandlingsmodeller, som tillämpas, redovisas i nedanstående artikel av Lars Bremberg, direktör för Stockholms stads nykterhetsnämnd.

Alkoholistvården i Stockholm håller framgångsrikt på att förverkliga en fungerande *behandlingskedja*, vari nykterhetsvårdsförvaltningen förfogar över de flesta länkarna (Länkarna finns givetvis också med) och vad därutöver behövs finns tillförsäkrat genom avtal med sjukvårdshuvudmannen.

Vi försöker nu så gott vi kan att tillämpa en *helhetssyn* på våra klienter, deras situation, personlighet och behov. Vad vi saknar än så länge är den direkta styrningen av vissa servicebetonade stödåtgärder, t. ex. socialhjälp. Men i gengäld har vi en med rikt differentierade resurser utrustad behandlingsapparat. I den planering för en integration av socialvården i huvudstaden, som vi deltar i, strävar vi nu efter att finna en modell för att bibehålla en sådan professionellt högtstående behandlingsapparat intakt. Givetvis får ramen då bli vidare än symptombehandling av alkoholproblematiker. Vi har redan byggt upp en avdelning även för läkemedelsmissbrukare, och hoppas kunna gå vidare för att våga oss på sådant arbete som hör samman med familjerådgivning, sexualrådgivning och eftervård av mentalvårdens patienter. Detta

syfte, att hålla behandlingssidan kvar i en viss självständighet inom den kommunala socialvården, inte tillåta integrationssträvandena att göra socialhjälp av alltihop, är något som jag hoppas vi skall finna vägar för de närmaste åren. Jag kan inte anse att man hittills lyckats särskilt väl härvidlag i de olika modeller av samordnad socialvård som en del kommuner experimenterar med.

Det teoretiska underlaget

Jag har nu nämnt *behandlingskedjan* och *helhetssynen*. Återstår att nämna det teoretiska underlaget. Den renodlat medicinska metodiken i alkoholistbehandling har sedan länge prövats utan framgång. Samma gäller en renodlat socialkurativ verksamhet. När man sedan på 60-talet slog samman dessa begrepp och började tala om en socialmedicinsk behandling var man oftast kvar på ett rent verbalt stadium. Utan insikt om vad socialmedicin är för något trodde man sig ha vunnit nya synvinklar och lärt nya grepp bara genom att addera det sociala till det medicinska. Så enkelt är det inte.

Varje framgångsrik behandlingsorganisation

=====

Denna teoretiska bas för vår terapeutiska verksamhet har också en ideologisk-politisk. Den kan då uttryckas i termer som utstötning, underprivilegerad, alienation.

=====

måste bygga på en enhetlig och logisk *teoretisk förklaringsmodell* till det fenomen man vill bearbeta. En tänkbar variant vore dock att förutsättningslöst anamma alla tänkbara förklaringsmodeller och skaffa sig resurser att parallellt arbeta med samtliga. Detta är dock praktiskt möjligt endast för modellförsök i liten skala, knutna till en forskningsinstitution.

Det teoretiska underlag för vårt arbete och vår planering inom nykterhetsvårdsförvaltningen, som jag nu lanserar, är den *socialpsykologiska*, där alkoholism, narkomani etc. betraktas som beteenden, utlösta av faktorer i omgivningen och förstärkta i många fall av faktorer i den enskildes personlighet. Vi rör oss med en terminologi kring människornas roller, förväntningarna som ställs på dem, relationerna människor emellan och mellan grupper. Vi talar också om egenskaper som självunderskattning eller bristande förmåga att etablera bra kontakter med andra människor.

Denna teoretiska bas för vår terapeutiska verksamhet har också en ideologisk-politisk. Den kan då uttryckas i termer som utstötning, underprivilegerad, alienation.

Fördelen med denna förklaringsmodell är att den är vattentät, d.v.s. den kan återopas i alla upptänkliga situationer. Den ger också underlag för optimism och därigenom för behandlingsåtgärder som ter sig meningsfulla både för terapeut och klient. Den ansluter sig också väl till den utveckling mot krav på större gemenskap och jämlikhet människor emellan, som vår och nästa generation ställer.

Den uppmärksamme har redan konstaterat att vad jag beskrivit inte är en renodlat socialpsykologisk modell; den rymmer också inslag av individualpsykologi. Den gemensamma nämnaren är kanske snarare att vi söker dynamiska för-

klaringar och lösningar. Vi säger inte nej till individualterapi, men orienterar oss alltmer bestämt mot att låta kollektiva behandlingsmetoder dominera. Vi är inte särskilt tilltalade av analogier hämtade från djurförsök. Vi tillämpar inte avbetingning eller beteendemodifiering. Vi ser inte något fruktbart i att betrakta alkoholism eller narkomani som utslag av driftmässigt styrt beteende som emanerande från ett mekaniskt val av lust framför olust. Sådana resonemang kan möjligen förefalla teoretiskt rimliga, en praktiskt tillämpning inom behandlingen måste leda till att man behandlar människor som djur. Även om det kunde bevisas vara bra för patienten så är det definitivt djupt korrumperande för terapeuten.

Om man vill bearbeta grupper och utnyttja den dynamik som finns eller kan skapas i grupper, kan man dels välja redan befintliga grupper ute i samhället, dels bilda särskilda terapeutiska grupper. Det är angeläget att även den förra metoden blir prövad. Den enklaste gruppen att nå blir då familjen, och här börjar vi tillägna oss en viss erfarenhet även i vårt land. Alltför sällan vågar och kan man dock frambesvärja de dynamiska krafter som finns i en sådan grupp, utan håller sig på ett vänligt ytplan av rådgivning och tröst. I Stockholm har vi dock i föl börjat lära oss en del av amerikanen Kemplers teknik, och denne ger nu regelmässigt seminarier för socialarbetare i barnavårdsnämndens regi.

En kompromiss är att bilda terapeutiska grupper sammansatta av äkta makar, något som är väl

=====

Vi är inte särskilt tilltalade av analogier hämtade från djurförsök. Vi tillämpar inte avbetingning eller beteendemodifiering.
— — — *Sådana resonemang kan möjligen förefalla teoretiskt rimliga, en praktisk tillämpning inom behandlingen måste leda till att man behandlar människor som djur. Även om det kunde bevisas vara bra för patienten så är det definitivt djupt korrumperande för terapeuten.*

=====

känt och redovisat från olika länder och som vi nu prövar i starkt ökande omfattning inom nykterhetsvårdsförvaltningen. Vad man gjort mindre av är utnyttjande av gäng av socialt avvikande, utom förstås att pröva olika metoder att slå sönder dessa gäng. Arbetsplatsernas grupper har ännu ingen vågat sig på.

Men så efterblivna på gruppbehandlingens område som vi länge varit i Sverige har vi haft arbete nog att få tillräcklig bredd på traditionell gruppterapi i för ändamålet komponerade grupper. Den spontansatsning på den lilla gruppen, som den amerikanska A. A.-rörelsen (Alcoholics Anonymous) utgör, föralldel med en begränsning till ett medelklasskikt, kan inte vår svenska länkreelse sägas motsvara.

Vi startade vid mitten av 60-talet vid nykterhetsvårdsförvaltningen med gruppterapi, såväl i öppen som slutenvård. Det visade sig närmast ogörligt att få till stånd någon kontinuerlig verksamhet inom öppenvården. På anstalterna fick vårdmetoden dock ett visst fotfäste. Vi använde två grupptherapeuter utifrån. Den ene, konsulent Nils Lindgren, Handen, är kantor till utbildningen men hade förutom sin kända musikterapi ("Skrammel-Nisse") tillägnat sig gruppterapi vid barnbyn Skå. Den andre, nya-zeeländaren Eric Steadman, hade under några år vid Maxwell Jones' skapelse Henderson Hospital i Surrey utanför London, fått god erfarenhet av grupper. Dessa båda herrar hade frivillig gruppterapi för därför hågade patienter cirka en gång i veckan vid en del av nykterhetsnämndens vårdhem. Deltagandet var dock ganska begränsat och när sommaren kom med fiske och andra lockelser sinade intresset oftast totalt. Personalen såg med tydlig misstänksamhet på denna nya verksamhet, som man inte hade del i.

Lida-experimentet

Två händelser kom nu att föra utvecklingen vidare. Hösten 1967 besökte jag tillsammans med psykologen Paul Franér Henderson och blev omedelbart synnerligen entusiastisk för vad jag där upplevde och fast besluten att söka omplan-

Utvecklingen har sedan varit ganska lavinartad och över 100 socialarbetare i vår öppenvårdsorganisation har nu exponerats för gruppterapi och ett något mindre antal institutionsanställda (och betydligt över 1 000 patienter i öppen och slutenvård).

tera det terapeutiska samhället i Sverige. Vi började efter årsskiftet på Lida vårdhem i Åkers Styckebruk. Nils Lindgren övergav patienterna och startade i stället en personalgrupp, medan några av personalen, varav en nyanställdes med tidigare kompetens som grupptherapeut, startade samtalsgrupper. Demokratiseringen av institutionen genomfördes planenligt, men detta hör inte hemma i denna berättelse utan är en annan historia. Men ett påtagligt resultat blev ganska snart att gruppterapi — från att ha varit något exklusivt, för några utvalda, någon gång i veckan — nu blev obligatoriskt och dagligen återkommande, och att den leddes av gruppleddare ur personalen, av innehavarna av tjänsterna som föreståndare, assistent och översköterska. På detta sätt hade alltså gruppterapi fått fotfäste i nykterhetsvårdsförvaltningen.

Samtidigt startades med Eric Steadman som ledare en terapeutisk grupp med elva intresserade socialarbetare inom öppenvården som deltagare. När den gruppen suttit samman i nära ett år konfronterades den med tanken att gruppmedlemmarna själva efter teoretisk skolning skulle kunna fungera som grupptherapeuter bland sina klienter. Idén anammades, en teoretisk kurs i tillämplig psykologi utarbetades och genomfördes. Samtidigt startades nya assistentkurser, medan deltagarna i den första fick börja fungera som grupptherapeuter, två och två, och med handledning av Steadman. Detta var i början av år 1969.

Utvecklingen har sedan varit ganska lavinartad och över 100 socialarbetare i vår öppenvårdsorganisation har nu exponerats för gruppterapi och ett något mindre antal institutionsanställda (och betydligt över 1.000 patienter i öppen och slutenvård). Ett 30-tal tjänstemän inom öppen och ett

20-tal inom sluten vård leder i skrivande stund egna grupper.

Administrationn av denna apparat, rimligtvis världens f.n. största på gruppterapins område, ställer oss ideligen inför nya problem. Från nyår får vi en särskild tjänst för ändamålet, som vi hoppas kunna besätta med kvalificerad innehavare. Inom vår egen organisation finns åtskillig sakkunskap representerad. Vi har så t. ex. fem psykiatriker och åtta psykologer. För den speciella expertis som gruppterapin kräver anser vi oss dock behöva komplettera med utanförstående och hoppas kunna knyta några teoretiskt och praktiskt högkvalificerade personer till vidareutvecklingen av detta som vi gett oss in på. Samtidigt växer våra egna resurser automatiskt, och vi har i år kunnat uppdra åt inomverksutbildade gruppledare att omhänderha gruppterapi för nyanställda socialarbetaraspiranter.

Gruppterapins målsättning

Den form av gruppterapi vi odlar karaktäriseras av ett aktivt men ej dominant ledarskap och en koncentration kring "här—och—nu"-situationen. Vi använder de gruppdynamiska krafterna för att hjälpa deltagarna att identifiera och framlägga sina problem och för att demonstrera och därefter närmast träna deltagarna i kontaktskapande. De rena öppenvårdsgrupperna är i allmänhet slutna, medan institutionsgrupperna oftare är modifierat öppna, d. v. s. då och då släpper in en ny patient.

Första uppgiften för gruppen blir att skapa trygghet för deltagarna genom att man ärligt lär känna varandra. Därefter eftersträvas så mycken öppenhet som var och en orkar med och behöver. Här-och-nu—metoden medför att det inte finns något krav på att analysera sin pottränning eller vädra alla skelett man har hemma i garderoberna. Vilket inte hindrar att den som ändå vill göra sådana utspel får göra det, utan att krav ställs på alla andra att följa med i vittnesbörden. I gruppen försöker man skapa medvetenhet om den egna personligheten och situationen, tilltro till den egna förmågan och tolerans mot andra. Skenlösningar och försvarsmekanismer, som den

enskilde inte behöver för att orka leva vidare, försöker man ersätta med insikt och ärlighet. En hel del tid ägnas också åt att analysera problem av både praktiskt och mer känslomässigt slag och åt vanlig stödterapi.

Grupperna träffas en gång i veckan, för en och en halv timmes session, och en grupps livstid bedöms bära överskrida ett år. Formerna för avrapportering och resultatbedömning är ännu ofullkomliga och vi arbetar på detta. Gruppledarna samlas varje vecka för spegling och inbördes stöd i handledningsgrupper.

Emellertid kan man inte tänkas genomföra någon strikt enhetlig modell för gruppterapi när man närmar sig en situation med ett hundratal verksamma gruppledare och patienter i tusental. Varje grupp kommer att — och bör därför också tillåtas — utveckla en viss särart. Det är också nödvändigt med utveckling på detta område. Gruppterapi är icke något slutgiltigt utformat system utan bör varieras och omprövas. Vad som ligger nära till hands att pröva parallellt med traditionell gruppterapi är dels mer kreativa grupper, samlade kring aktiviteter som konst, drama eller musik, eller mer didaktiska grupper som närmar sig studiecirkeln eller diskussionsgruppen i sin funktion. Vi försöker också variera tidsbegreppet (för att uttrycka sig kvasiterminologiskt) genom att pröva maratongrupper efter amerikanskt mönster, d. v. s. grupper som pågår oavbrutet i 16-48 timmar. Ett önskvärt steg vore också att variera sammansättningen i grupperna, t. ex. ta med personer med flera olika symptom, eller att bredda åldersramen (ta med barn och/eller gamla), dels särskilt gärna att få med även huvudsakligen symptomfria medborgare. Utan att ännu riktigt "komma loss" har vi provat Synanongrupper med aggressivt utagerande för konfliktbearbetning inom personalgrupper.

En modell som vi hittills satsat på inom personalutvecklingen är *sensitivitetsträning* enligt laboriemetoden, där vi kommit att följa två utvecklingslinjer (impulserna härvidlag kommer från Stockholms stads personalutbildningsnämnd, som indirekt betytt mycket för utvecklingen av

nya idéer inom huvudstadens socialvård.) Dels har vi en typ där den huvudsakliga dynamiken sker mellan små grupper av deltagare, dels har vi en variant där det väsentliga händer inom grupperna, mellan de enskilda deltagarna, i renodlade s.k. T-grupper ("T" = träning). Vad som nu sällsätter fantasin är om sensitivitetsträningen kan ge erfarenheter som kan utnyttjas även i behandlingsarbete. Den norske psykologen Trygve Johnstad är vår främste idégivare här.

Socialarbetarens roll

Här i Sverige finns ju inte någon yrkesgrupp som regelbundet får undervisning i gruppterapi, ja, inte ens i psykoterapi. Vår psykiatri har länge haft en biologisk dominans, som nu tycks kunna brytas till en mer harmonisk balans gentemot psykoterapi. Våra psykologer är sällan kliniskt erfarna och synnerligen sällan förfarna i gruppterapi. Om man nu betraktar gruppterapi som en metod som obligatoriskt bör ingå i verktygssuppsättningen i en på sociala avvikare inriktad behandlingsorganisation — eftersom just förmågan att fungera i grupp med andra människor och grupper emellan är en så dominerande insufficiens hos de socialt avvikande — då gäller det att skapa resurser som gör att vårdmetoden kan erbjudas flertalet hjälpsökande.

För dem som, motvilligt, ovilligt eller i vart fall misstänksamt besöker våra socialvårdsorgan, finns det förväntningar av både negativ och positiv art. Bästa sättet att tillfredsställa de positiva och komma de negativa på skam är att omgående erbjuda något bra och verkningsfullt. Bättre än en handtryckning av ekonomisk eller liknande natur kan vara att motivera en klient för gruppterapi och låta vederbörande debutera i någon slags stillsam introduktionsgrupp.

=====

Socialarbetarna har enligt min mening fördelar på de flesta områden för att skolas till grupp-terapeuter.

=====

För att gruppterapi på så sätt skall kunna ingå till vardags i den sociala byråorganisationens resurser, måste dessa byråers egen personal invigas i mysterierna — vilket ju framförallt innebär att man lär sig inse att psykoterapi icke är något mystiskt utan mest sunt förnuft, erfarenhet och förmåga att förstå och skapa trygghet.

Socialarbetarna har enligt min mening fördelar på de flesta områden för att skolas till grupp-terapeuter. De har hyggliga intellektuella förutsättningar, trots växlande teoretisk meritering dock alltid vissa elementära kunskaper i psykologi, de har praktisk kunskap om de miljöer och de förhållanden klienterna kommer ifrån, de har årtal av praktisk erfarenhet av individuell samtalsbehandling och de behärskar det socialkurativa fältet.

Vi kräver i dag *helhetssyn* inom människovården. Behandling av sociala avvikare vållar problem därvidlag, eftersom problematiken alltid är så komplicerad. Ur helhetssynens synpunkt måste det vara en viktig fördel om psykoterapeuter och grupp-terapeuter har erfarenhet och kunskap även från den sociala verkligheten, inte endast är expertutbildade manipulörer. Jag anser därför inte att det är någon nödlösning (p. g. a. det ringa antalet psykiatriker och psykologer) att satsa på socialarbetarna som psyko- och grupp-terapeuter, utan att man härigenom får den bästa tänkbara rekryteringen.