

Carl Rogers - psykologiens stille revolutionær

Introduktion til Carl Rogers og Klient-Centreret Psykoterapi. Med nogle overvejelser over klient-centreret psykoterapis status i Danmark.



af Lisbeth Sommerbeck
klinisk psykolog, Psykiatrihospitalet i Dianalund.

Artiklen er tidligere udgivet i *Psykolog Nyt*, Nr. 6, årgang 56, 2002, under titlen "Klienten er Eksperten".

Carl Rogers 1902-1987

Carl Rogers blev født i Chicago, den 8. januar 1902 som den fjerde i en søskendeflok på 6. Begge hans forældre var veluddannede, og de var også begge nærmest fundamentalistiske i deres evangelisk, kristne tro. Hårdt arbejde var vigtigt; dans, teaterbesøg og kortspil var bandlyst, og det var i det hele taget sparsomt med morskab og et socialt liv udenfor familiens snævre kreds. Indenfor disse rammer var forældrene imidlertid kærlige og omsorgsfulde.

Carl Rogers selv var en sensitiv dreng, der havde tilbøjelighed til at trække sig ind i sig selv, enten i sin egen fantasiverden eller i bøgernes verden. Han sluttede ingen nære venskaber i skolen, men klarede sig fornemt rent fagligt.

Da han var 12 år flyttede familien til en stor gård ca. 50 km vest for Chicago for at undgå at de halvvoxsne børn kom i dårligt selskab i byen. Her blev han interesseret i landbrug og efter skolen valgte han først at uddanne sig til agrar, han ville dyrke landbrug på videnskabelig basis. Dette opgav han dog,

skiftede til teologi og endelig til psykologi ved Columbia University, hvorfra han fik sin afgangseksamen som klinisk og pædagogisk psykolog.

På universitetet stiftede han først og fremmest bekendtskab med Watson's behaviourisme, men samtidig med, og efter studierne, arbejdede han på et børnerådgivningscenter hvor den dominerende indflydelse var psykoanalytisk.

Herefter arbejdede Rogers, i 1928-1939, ved The Rochester Child Study Department, ud fra principper formuleret af Jessica Taft, elev af den Freudianske "afhopper" Otto Rank. Det var i denne kontekst Rogers tog sine første skridt i retning af den klient-centrerede psykoterapi, som han for første gang beskrev - endnu noget ufærdigt - i "Counseling and Psychotherapy" (1942). På dette tidspunkt var han blevet professor ved Ohio State University, hvorfra han i 1945 blev "head-hunted" til Chicago University for at etablere Chicago Counseling Center.

Årene i Chicago, hvor han blev indtil 1957, blev hans mest frugtbare år, både med hensyn til færdigudviklingen af klient-centreret psykoterapi (standardværket "Client-Centered Therapy" udkom i 1951), og med hensyn til forskning. Rogers var den første på det psykoterapeutiske område der åbnede sine teorier og sin praksis for omhyggelige videnskabelige efterprøvninger (Rogers & Dymond, 1954) og han blev belønnet herfor af den Amerikanske psykologforening der i 1956 tildelte ham The Distinguished Scientific Contribution Award.

Rogers hvilede imidlertid ikke på laurbærrerne, han husede en ambition om fortsat udbredelse af den klient-centrerede psykoterapi og tog derfor imod en invitation til at blive professor ved Wisconsin University med tilknytning både til afdelingen for psykologi og afdelingen for psykiatri, hvilket gav ham mulighed for at søsætte en stort anlagt videnskabelig undersøgelse af klient-centreret psykoterapi med patienter der led af schizofreni ved det kæmpestore (8000 senge!) Wisconsin State Hospital. Resultaterne var tvetydige og bogen om projektet (1967) giver indtryk af terapeuternes tendens til at over-

vurdere patienternes kontaktevne og til i for høj grad at tilrettelægge rammerne for terapien svarende til deres erfaringer med et neurotisk klientel. Først med Garry Prouty's (1994) udvidelse af klient-centreret psykoterapi med den såkaldte Præ-Terapi åbnede den klient-centrerede psykoterapi sig for alvor for klienter med schizofreni-diagnoser.

Årene i Wisconsin blev en skuffelse for Rogers. Hans tanker kom ikke til at møde den anerkendelse i den akademisk-psykiatriske verden han havde håbet på, og i 1963 tog han til The Western Behavioural Science Institute i Californien og blev i 1968 medstifter af The Center for Studies of the Person, der stadig eksisterer og hvor han blev til sin død i 1987. Det er paradoksalt at Rogers i Californien blev nægtet autorisation til at udøve psykoterapi, fordi han ikke var læge!. Han bidrog ofte til den Amerikanske psykologforenings kamp - der nu er vundet - for at psykologer skulle kunne autoriseres som psykoterapeuter på lige fod med læger. Det var også i Californien han engagerede sig i elev-centreret undervisning (1969), encountergrupper (1970), parforholdets dynamik (1972), og i de mere alment interaktionelle og også (internationalt) politiske implikationer af sine teorier (1977, 1980).

På tidspunktet for sin død, 85 år gammel, af følgerne efter et fald, var han stadig travlt optaget af international fredsforskning og konfliktløsning, og få dage før sin død blev han nomineret til Nobels Fredspris 1987 for dette arbejde. Han nåede ikke at få nyheden om nomineringen før han døde.

Klient-Centreret Psykoterapi

Klient-centreret psykoterapi bygger på en central humanistisk hypotese om menneskelig motivation: Hypotesen om eksistensen af "den aktualiserende tendens". Den iboende retning af denne tendens antages at være positiv, dvs. at mennesket "af natur" vil udvikle eller "aktualisere" sig i den mest positive, konstruktive, kreative, og pro-sociale retning der er mulig under de givne omstændigheder

og betingelser. Dette betyder IKKE at mennesket ikke rummer destruktive potentialer (Carl Rogers og hele den humanistiske retning har været skrækkeligt misforstået på dette punkt), det betyder blot at de betingelser mennesker vokser op, og lever, under, er afgørende for i hvor vid udstrækning sådanne destruktive potentialer aktualiseres – og at aktualisering af de mere destruktive potentialer, stadig er aktualisering af det givne menneskes mest konstruktive potentialer under de givne betingelser. Den humanistiske menneskeopfattelse er ikke naiv – men den ER menneskekærlig.

I logisk forlængelse af hypotesen om eksistensen af "den aktualiserende tendens" drejer klient-centreret psykoterapi sig om at skabe betingelser der maksimalt faciliterer aktualisering af klientens mest konstruktive potentialer, og det er med de tre såkaldte "rogerianske kernebetingelser" Rogers har sat sig solide spor i det psykoterapeutiske landskab.

De tre kernebetingelser er **1. terapeutens ubetinget positive anerkendelse af klienten, 2. terapeutens empatiske forståelse af klienten og 3. terapeutens kongruens**. Alle psykoterapeutiske retninger anerkender betydningen af disse betingelser for et vellykket terapiforløb, selvom de ofte bruger andre ord for dem (terapeutens accept af klienten, terapeutens ægthed eller integritet, f.eks.) og selvom de i deres omtale af dem demonstrerer en vis uvidenhed om den dybde og de implikationer disse begreber har i Rogers' egen udformning af dem.

Betydningen af de rogerianske kernebetingelser er også forskningsmæssigt dokumenteret, dels i Rogers' og hans medarbejders egen forskning i halvtresserne (Rogers & Dymond, 1954), dels i den mere senere forskning (se f.eks. Hougaard, 1996, pp. 60-68 og 144-146) der dokumenterer de "non-specifikke" faktorer eller terapeut-klient forholdets store betydning for udfaldet af et psykoterapeutisk forløb.

Det punkt hvor Rogers' klient-centrerede psykoterapi adskiller sig helt afgørende fra alle andre psykoterapiformer er i denne terapiforms centrale po-

stulat om at de tre kernebetiŅelser ikke alene er nødvendige men også tilstrækkelige betiŅelser for facilitering af klientens mest konstruktive potentialer og at tilføjelse af mere specifikke interventionsformer eller teknikker oftest gr mere skade end gavn, fordi de er svære – nogle klient-centrerede psykoterapeuter vil sige umulige - at forene med empatisk forståelse og ubetinget positiv anerkendelse. For så vidt man ikke anser empatisk forståelse for en teknik, er klient-centreret psykoterapi teknik-ls.

Den klient-centrerede terapeuts eneste bestræbelse er at følge sin klient med empatisk forståelse, og via sin kommunikation af denne forståelse samtidig at udtrykke sin ubetingede positive anerkendelse, eller ubetingede accept, af klienten. Terapeutens kongruens viser sig i denne bestrbelses konsistens eller vedvarende igennem et terapifrlb, den empatiske forståelse og ubetingede accept af klienten er ikke en professionel facade, men en integreret del af terapeuten personlighed i hans eller hendes forhold til klienten. Terapeuten føler sig helt og fuldt nærværende i sin vedvarende modtagelse af klientens udtryk for sig selv med accepterende, empatisk forståelse.

Den terapeutiske effekt af klient-centreret psykoterapi tilskrives herefter klientens oplevelse af terapeuten ubetingede accept og empatiske forståelse, hvilket ganske svarer til den allerede nævnte, og forskningsmæssigt dokumenterede, store betydning af disse terapeut-variable for et positivt udfald af psykoterapi.

Så kort og enkelt kan den klassiske udformning af klient-centreret psykoterapi, således som den også blev praktiseret af Rogers, beskrives. Dog kan dybden og rækkevidden af disse tilsyneladende s simple begreber, i deres Rogerianske betydning, naturligvis først forstås gennem et studium af Rogers' hovedværker (1951, 1957 og 1959) – og gennem praksis af klient-centreret psykoterapi.

Hvor blev klient-centreret psykoterapi af?

I dag er det sjældent, i Danmark, at møde en psykoterapeut der vedkender sig arv og gæld til Rogers og endnu sjældnere at møde en psykoterapeut der praktiserer klient-centreret psykoterapi. Hvorfor?

Jeg tror den vigtigste grund er den klient-centrerede psykoterapeuts overdragelse af magt og ekspertise til klienten. Den klient-centrerede psykoterapeut er ganske vist ekspert i at skabe en optimal grobund for klientens positive udvikling i bred forstand, men den nærmere retning og indholdet af denne udvikling, herunder også, til enhver tid, indhold og retning i den terapeutiske proces, er i mere radikal forstand end i andre psykoterapiformer op til klienten.

Den klient-centrerede psykoterapeut tror sig ikke på nogen måde klogere end klienten på hvad der rører sig i klienten, hvad klienten har behov for, hvad der vil være godt eller skidt for klienten, hvad der er galt med klienten, hvad der er klientens egentlige problem, hvad der kunne være mulige sammenhænge i, og lsninger på klientens problematik, hvordan dette eller hint skal fortolkes, osv., osv. Det centrale sted for vurdering og initiativ berr helt og aldeles i klienten. Dette er en helt naturlig følge af terapeuten tillid til at kernebetiŅelserne vil facilitere aktualisering af klientens mest konstruktive potentialer og af at empatisk forståelse er post-diktiv, ikke pr- diktiv.

En s radikal tiltro til klientens egen ekspertise på sig selv og sin proces har nogle konsekvenser der gr på tværs af mange strømninger i samfundet – og i psykoterapeuter:

For det første kan klient-centreret psykoterapi ikke integreres med nogen form for sygdomsmodel. Enhver form for planlægning og målretning af terapien på baggrund af terapeuten vurderinger af klientens problematik, dvs. på baggrund af en eller anden form for diagnostik, hvad enten den er psykiatrisk, psykodynamisk, kognitiv, eller andet, er uforenelig med klient-centreret psykoterapi. Klient-

centreret psykoterapi er anti-tesen til de krav og ambitioner om diagnostisk differentierede, målrettede, forudsigelige, detaljeret planlagte, og i sidste ende manualiserbare, terapiforløb, der er så fremherskende i dag. Det betyder ikke at klient-centreret psykoterapi ikke kan praktiseres i, f.eks., en psykiatrisk sammenhæng, det betyder blot at terapien må forløbe parallelt, ikke integreret, med den øvrige behandling, og at terapeutens afvisning af på nogen måde at vide bedre om sin klient end klienten selv bliver respekteret. Det betyder også at den klient-centrerede psykoterapeut ikke kan honorere samfundets stadig mere udtalte krav om at få bedre besked om klienten ved at spørge klientens psykoterapeut, end ved at spørge klienten selv.

For det andet tilfredsstillende klient-centreret psykoterapi ingen narcissistiske behov hos terapeuten. Den klient-centrerede psykoterapeut kan ikke, som de fleste psykoterapeuter af anden orientering, høste bifald i mange forskellige sammenhænge ved at fremlægge mere eller mindre detaljerede og skarp-sindige analyser af forskellige typer klientproblematikker og/eller ved at fremvise en værktøjskasse med teknikker til hvordan forskellige problemtyper skal behandles. I sådanne sammenhænge forbliver den klient-centrerede psykoterapeut uørlig og usynlig. Med til dette billede hører også at den klient-centrerede psykoterapis teori er et så stramt og færdigafrundet hele, at den er vanskelig at "udvikle" uden at komme på kollisionskurs med teoriens essens. Klient-centreret psykoterapi er ikke imødekommende overfor hverken nyudvikling af sin metode eller overfor den almindelige tendens til at tro at "nyt er bedre". Elever af Rogers har således heller ikke megen mulighed for at høste "internt bifald" ved at udvikle Rogers' oprindelige teori (udover begrebsafklaring i forskellige sammenhænge), lidt svarende til at det er meningsløst at tale om "udvikling" af Euklids bevis for at antallet af primtal er uendeligt.

For det tredje stiller klient-centreret psykoterapi alle sine krav til terapeuten og ingen (bortset fra fremmøde og evt. betaling) til klienten – og samtidig har terapeuten "kun" sin ubetingede accept og

empatiske forståelse af klienten at "gøre godt" med. Der er ingen "uegnede" klienter, ingen "umotiverede" klienter, ingen "modstand" mod behandlingen. "Assesment-interviews" eksisterer ikke, hvad der evt. foregår af "assesment" er klientens "assesment" af terapeuten, ikke omvendt. Vanskeligheder i den terapeutiske proces tilskrives således alene brist i terapeutens ubetingede accept og empatiske forståelse af klienten, og er hermed et signal til terapeuten om at han eller hun er stødt på én af sine egne blinde eller døve pletter, dvs. et signal til terapeuten om at han eller hun står overfor en større eller mindre personlig udviklingsopgave for (igen) at blive en tilstrækkelig kompetent terapeut for netop denne klient.

Udover de ovennævnte grunde, der er snævert forbundne med essensen af klient-centreret terapi, tror jeg at den kraftige "amerikanisering" af dansk psykoterapi og psykiatri spiller en rolle for den ringe udbredelse af klient-centreret psykoterapi i Danmark. Langt den overvejende del af litteraturen om psykoterapi og psykiatri, der er tilgængelig på det danske marked, er amerikansk. Men selvom den klient-centrerede psykoterapi blev født i USA, har den haft stadigt sværere ved at overleve i det af forsikringsselskaber dominerede amerikanske sundhedsvæsen, med hvad dette indebærer af krav om at kunne sælge psykoterapi som et færdigt produkt snarere end som en levende proces. I vore dage kommer de fleste udgivelser om klient-centreret psykoterapi derfor ikke fra Amerika, men fra Mellemuropa og fra England.

Klient-centreret psykoterapi lever således i bedste velgående i, f.eks., de fleste Europæiske lande udenfor Danmark, heriblandt i Tyskland, Holland, Belgien, Østrig og Italien, som danske psykoterapeuter, måske overvejende på grund af sprogbarrieren, sjældent skeler til. Adgangen til litteratur om klient-centreret psykoterapi gøres måske heller ikke lettere af at kært barn har mange navne: Især engelske udgivelser fra de senere år bruger betegnelserne "Person-Centred Therapy" eller "Person-Centred Counselling" for at komme så tæt som muligt på

den bagvedliggende filosofis understregning af radikal ligeværdighed i det terapeutiske forhold.

Jeg tror disse er de væsentligste grunde til den klient-centrerede psykoterapis ringe udbredelse i Danmark, selvom klient-centreret psykoterapi er mindst lige så givende for klienten som andre former for psykoterapi, og herudover også er en konstant lærerig udfordring for terapeuten.

Hvorfor klient-centreret psykoterapi?

Man kan nu med god ret spørge hvorfor jeg vil gøre noget ud af at skrive om klient-centreret psykoterapi til en Dansk læserkreds, når jeg ovenfor giver adskillige, efter min mening, gode grunde til at klient-centreret psykoterapi er forholdsvis ukendt i Danmark, og samtidig henviser til den forskningsmæssigt dokumenterede "non-specificitets" antagelse, og derfor ikke kan gøre gældende at klient-centreret psykoterapi er mere effektiv end andre former for psykoterapi.

I det foregående har jeg ganske vist antydnet forskellige, mere almene grunde til at jeg har ønsket at minde om eksistensen af klient-centreret psykoterapi, men den vigtigste grund er personlig og vedrører spørgsmålet om terapeutens integritet: Jeg tror ikke at jeg er den eneste nuværende eller kommende psykoterapeut i Danmark som, på grund af deres menneskesyn og etiske holdninger, ofte har haft svært ved at forlige sig med psykoanalytisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi (de i Danmark aktuelt dominerende psykoterapeutiske retninger). For psykoterapeuter, som føler sig bedst hjemme i psykologiens humanistiske skole, er klient-centreret psykoterapi kvintessensen af en psykoterapeutisk holdning og arbejdsmåde, som ikke kommer i konflikt med deres personlige etik og livsfilosofi, men derimod vedvarende uddyber og beriger denne. Især disse psykoterapeuter har jeg ønsket at gøre opmærksom på eksistensen af klient-centreret psykoterapi, dette så meget desto mere som terapeutens personlige integritet regnes for en af de non-

specifikke faktorer der er af betydning for et gunstigt udfald af psykoterapi.

Referencer

Hougaard, Esben (1996): Psykoterapi: Teori og Forskning. Dansk Psykologisk Forlag.

Prouty, Garry (1994): Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses. Westport: Praeger.

Rogers, Carl (1942): Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, Carl (1951): Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. & Dymond, R. (eds.) (1954): Psychotherapy and Personality Change. Chicago: University of Chicago Press.

Rogers, Carl (1957): The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2.

Rogers, Carl (1959): A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In E. Koch (ed): *Psychology: A Study of a Science*, Vol. 3, New York: McGraw-Hill.

Rogers, C., Gendlin, E., Kiesler, D. & Truax, C. (1967): The Therapeutic Relationship With Schizophrenics. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Rogers, Carl (1969): Freedom to Learn: a View of What Education Might Become. Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Rogers, Carl (1970): Carl Rogers on Encounter Groups. New York: Harper and Row.

Rogers, Carl (1972): Becoming Partners: Marriage and its Alternatives. New York: Delacorte Press.

Rogers, Carl (1977): Carl Rogers on Personal Power. New York: Delacorte Press.

Rogers, Carl (1980): A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin.