

## Klient-Centreret Psykoterapi

Lisbeth Sommerbeck, juni 2007

Artiklen er en let revideret udgave af siderne 27-62 i Lisbeth Sommerbeck (2004): Klient-centreret terapi i psykiatrien. København, Akademisk Forlag.

Forfatteren takker Akademisk Forlag for tilladelsen til at offentliggøre disse sider på Dansk Carl Rogers Forums hjemmeside.

### De centrale begreber

Klient-centreret psykoterapi, der blev udviklet af den amerikanske psykolog Carl Rogers i midten af sidste århundrede, antages almindeligvis at bygge på én 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” antages det at klient-centreret psykoterapi skaber 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.). Udover de tre kernebetingelser, der vedrører terapeutens arbejde, opstiller Rogers yderligere tre betingelser for et vellykket udfald af psykoterapi. Samlet taler han herefter om ”De Seks Nødvendige og Tilstrækkelige Betingelser for Terapeutisk Forandring”:

1. At to mennesker er *I kontakt*
2. At den første person, som vi skal kalde klienten, er i en tilstand af *inkongruens, sårbarhed, eller angst*
3. At den anden person, som vi skal kalde terapeuten, er *kongruent i forholdet*
4. At terapeuten *oplever ubetinget positiv anerkendelse* af klienten
5. At terapeuten *oplever en empatisk forståelse* af klientens *indre referenceramme*
6. At klienten, i det mindste i minimal grad *opfatter terapeutens ubetinget positive anerkendelse* af ham, og terapeutens *empatiske forståelse* af ham  
(Rogers, 1959, p. 213, oversættelse, med den originale kursivering, ved denne artikels forfatter)

Rogers giver også omhyggelige definitioner af begreberne i denne liste. Her skal blot medtages hans definitioner af de tre kernebetingelser, (Rogers, 1957, s. 97-99, oversættelse ved denne artikels forfatter):

### 1. Terapeutens *kongruens* i forholdet til klienten:

”Den tredje [af de seks] betingelser er at terapeuten, indenfor rammerne af dette forhold er en kongruent, ægte, integreret person. Det betyder at han i forholdet føler sig fri og dybt sig selv, med sine faktiske oplevelser nøjagtigt symboliseret i sin bevidsthed om sig selv. Det er det modsatte af at præsentere en facade, enten vidende eller uvidende. Det er ikke nødvendigt (ej heller muligt) at terapeuten er et ideal der udviser denne grad af integration, eller helhed, i alle aspekter af sit liv. Det er tilstrækkeligt at han er nøjagtigt sig selv i denne time af dette forhold, at han i denne fundamentale forstand er hvad han faktisk er, i dette tidsrum.”

”Kongruens” er et af de mest kontroversielle begreber i gruppen af klient-centrerede psykoterapeuter fordi Rogers lader til at mene at der eksisterer et ”ægte selv”, uafhængigt af en given kontekst, som kan være i modstrid med den mere kontekstafhængige, i dette tilfælde terapeutiske, adfærd. Det betyder at mange klient-centrerede terapeuter er fortalere for at terapeuten afslører eventuelle personlige følelser for, og forestillinger om, klienten når de opstår i terapiens løb. Min egen forståelse af kongruensbegrebet vil blive drøftet i næste afsnit.

### 2. Terapeutens *ubetinget positive anerkendelse* af klienten

”I den udstrækning terapeuten oplever en varm accept af ethvert aspekt af klientens oplevelser som værende en del af klienten, oplever han ubetinget positiv anerkendelse. ... Det betyder at der ikke er nogen *betingelser* for accept, ikke nogen følelse af at ”Jeg kan kun lide dig *hvis* du er sådan og sådan.” Det betyder en ”lovprisning” af personen ... Det er det modsatte af en selektivt vurderende holdning – ”Du er dårlig på disse måder, god på disse. Det involverer i lige så høj grad accept af klientens udtryk for negative, ”dårlige”, smertefulde, frygtsomme, defensive, unormale følelser, som for hans udtryk for ”gode”, positive, modne, tillidsfulde, sociale følelser, i lige så høj grad accept af de måder han er inkonsistent på som af de måder han er konsistent på. Det betyder følelser af omsorg for klienten, men ikke på en besiddende måde eller på en måde der bare tilfredsstiller terapeutens egne behov. Det betyder omsorg for klienten som en *separat* person med tilladelse til at have sine egne følelser, sine egne oplevelser.”

### 3. Terapeutens *empatiske forståelse* af klienten

”Den femte [af de seks] betingelser er at terapeuten oplever en nøjagtig empatisk forståelse af klientens bevidsthed om sin egen verden. At opleve klientens verden som om det var ens egen, men uden på noget tidspunkt at miste ”som om” kvaliteten – det er empati ... At fornemme klientens vrede, frygt, og forvirring som om det var ens egen, og alligevel uden at få ens egen vrede, frygt, og forvirring blandet ind i det, er den betingelse vi forsøger at beskrive.”

I sin rent teoretiske udformning af klient-centreret terapi, (Rogers, 1959) præsenterer Rogers sin hyppigst citerede definition på empatisk forståelse, (ibid., s. 210, oversættelse ved denne bogs forfatter):

”Den empatiske tilstand, eller at være empatisk, er at opleve den andens indre referenceramme nøjagtigt, og med de følelsesmæssige komponenter og betydninger som tilhører den, som om man var den anden person, men uden nogensinde at miste ”som om” betingelsen. Det betyder således at føle den andens smerte eller glæde som den anden føler det, og at opleve grundene hertil som han oplever dem, men uden på noget tidspunkt at miste bevidstheden om at det er *som om* jeg var såret, glad, etc. Hvis denne ”som om” kvalitet mistes er der tale om identifikation”

Det skulle fremgå klart af disse definitioner på empatisk forståelse at der ikke er tale om nogen form for bekræftelse, (eller afkræftelse, for den sags skyld), selvom empatisk forståelse nogen gange misforstås på denne måde. Dette ses blandt andet af udtrykket ”empatisk bekræftelse”, som man indimellem kan støde på i psykoterapilitteraturen, (se f. eks. Vitger, 1991, s.200). Empatisk forståelse er ganske neutral hvad angår tilkendegivelse af enighed/uenighed med klientens virkelighedsopfattelse. At klienter kan opleve udtryk for empatisk forståelse som bekræftelse/afkræftelse af deres virkelighedsopfattelse er en anden sag. Med sin ubetingede accept af alle klientens oplevelser gør den klient-centrerede terapeut heller intet for at korrigere eller kontrollere klientens oplevelser af hans udtryk for empatisk forståelse – tværtimod, disse søges også empatisk forstået.

Betydningen af de Rogerianske kernebetingelser er omhyggeligt forskningsmæssigt dokumenteret, dels i Rogers’ og hans medarbejders egen forskning i halvtresserne (Rogers & Dymond, 1954), dels i den megen senere forskning (se f.eks. Hougaard, 1996, s. 60-68 og 144-146) der dokumenterer de ”non-specifikke” faktorer (faktorer som de tre kernebetingelser) 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 postulat om at de tre kernebetingelser ikke alene er nødvendige men også tilstrækkelige betingelser for facilitering af klientens mest konstruktive potentialer og at tilføjelse af mere specifikke interventionsformer eller teknikker oftest gør 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 tekniskløs.

Blandt gruppen af klient-centrerede psykoterapeuter er der noget divergerende opfattelser af de centrale begreber i Rogers betingelser for psykoterapeutisk forandring, især, som allerede omtalt, hvad angår begrebet ”kongruens”. Dette vil blive behandlet lidt mere udførligt i bogens næste afsnit. I dette afsnits korte introduktion til klient-centreret psykoterapi skal det blot nævnes at min egen fortolkning af kongruensbegrebet medfører at den klient-centrerede terapeuts eneste bestræbelse bliver at ledsage sin klient med empatisk forståelse, og via sin kommunikation af denne forståelse samtidig udtrykke sin ubetingede positive anerkendelse, eller ubetingede accept, af klienten. Terapeutens kongruens viser sig i denne bestræbelses konsistens eller vedvarende igennem et terapiforløb, 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 og ledsagelse af klientens udtryk for sig selv med accepterende, empatisk forståelse.

Den terapeutiske effekt af klient-centreret psykoterapi tilskrives herefter klientens oplevelse af terapeutens 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 (iflg. et utal af video- og lydbånd), beskrives. Dog kan dybden og rækkevidden af disse tilsyneladende så 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. Jeg håber dog at den foreliggende artikel også kan bidrage til at formidle lidt af dybden i Rogers begrebsverden.

### Forfatterens udlægning af den klient-centrerede terapiteori

Som allerede nævnt eksisterer der i gruppen af klient-centrerede psykoterapeuter noget divergerende opfattelse af den klient-centrerede teoris nøglebegreber.

Jeg skal derfor, i dette afsnit, redegøre for den forståelse af nøglebegreberne der ligger til grund for min egen praksis. Herudover skal jeg redegøre for forskellen mellem egentlig klient-centreret psykoterapi og det bredere begreb som jeg kalder ”person-centreret praksis”.

### De basale spørgsmål

Det er især følgende fem spørgsmål der har forskellige svar i gruppen af klient-centrerede psykoterapeuter:

1. Spørgsmålet om den mere konkret og detaljerede forståelse af de tre kernebetingelser: Hvad vil det sige at være kongruent og at opleve empatiske forståelse og ubetinget positiv anerkendelse af klienten, og hvad betyder det at anerkendelsen er ubetinget?
2. Spørgsmålet om forbindelsen, hvis der er nogen, mellem personlighedsteoriens centrale hypotese om eksistensen af den aktualiserende tendens, på den ene side, og de terapeutiske betingelser på den anden side.
3. Spørgsmålet om samspillet, i praksis, mellem de tre kernebetingelser og om deres relative betydning for den terapeutiske effekt.
4. Spørgsmålet om de kommunikative aspekter af klient-centreret terapi, dvs. spørgsmålet om hvorledes terapeuten udtrykker sin oplevelse af empatiske forståelse og ubetinget positiv anerkendelse af klienten, og om dette overhovedet skal beskrives nærmere.
5. Spørgsmålet om hvorvidt, eller i hvilken udstrækning, klient-centreret terapi indebærer at terapeuten forholder sig ikke-direktivt til klienten eller ej.

I min egen forståelse af essensen af Rogers teori er hypotesen om eksistensen af den aktualiserende tendens ikke nødvendig. Nødvendig er kun hypotesen om den i mennesker boende (dvs. medfødte) tendens til at udvikle sig så konstruktivt og pro-socialt som muligt under de forhåndenværende omstændigheder. Den aktualiserende tendens, i Rogers teori, omfatter en sådan pro-social tendens, men er også et bredere begreb der danner baggrund for hele Rogers selv-psykologiske personlighedsteori til forklaring af den positive effekt af klient-centreret psykoterapi. Imidlertid kan F. B. Skinners behavioristiske personlighedsteori, med begrebet ”operant betingning” kombineret med en, ved naturlig udvælgelse udviklet (Darwin, 1859), pro-social tendens, forklare den terapeutiske effekt af klient-centreret psykoterapi lige så godt som Rogers selv-psykologiske

personlighedsteori med begrebet ”den aktualiserende tendens”.

Herefter kan min egen opfattelse af essensen af klient-centreret psykoterapi udtrykkes i én sætning:

***Hvis den medfødte pro-sociale udviklingstendens eksisterer, så er terapeutens konsistente nærvær i den tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces nødvendig og tilstrækkelig til at facilitere aktualisering af klientens mest konstruktive potentialer.***

Fordi allehånde erfaringer gennem livet har overbevist mig om eksistensen af den medfødte pro-sociale udviklingstendens, bestræber jeg mig på, i mit arbejde som klient-centreret psykoterapeut, at være konsistent nærværende i den tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces med min klient. Desuden bestræber jeg mig på ikke at gøre hverken mere eller mindre end dette.

De erfaringer jeg her nævner er ikke blot personlige og private. De omfatter også mine og andres professionelle erfaringer med den gunstige effekt af klient-centreret terapi, de omfatter mit kendskab til forskningsresultater vedrørende effekten af klient-centreret terapi, (se f.eks. Rogers & Dymond, 1954), og vedrørende eksistensen af en medfødt pro-social tendens, (se f.eks. Hoffman (2000) og de Waal (2006), og de omfatter litteraturstudier af de mennesker som man bestemt ikke umiddelbart ville tilskrive en medfødt pro-social tendens, som f.eks. Adolf Hitler.

I det følgende vil jeg redegøre for hvorledes jeg forstår de enkelte begreber i min definition af essensen af klient-centreret psykoterapi.

#### 1. pro-social udviklingstendens

I overensstemmelse med Skinner (1971) antager jeg først og fremmest at mennesker udvikler sig ad genetisk bestemte baner og ad baner der er bestemt af konsekvenserne af deres adfærd, dvs. af de såkaldte reforceringsomstændigheder. Endvidere antager jeg eksistensen af en ved naturlig udvælgelse dannet (Darwin, 1859), og derfor genetisk bestemt, pro-social udviklingstendens. Dette betyder at den menneskelige organisme altid aktualiseres (udvikler sig, ændrer sig) så konstruktivt og pro-socialt som dets tidligere og nuværende livsbetingelser eller reforceringsomstændigheder tillader. Dette indebærer ikke nogen antagelse om at mennesker er medfødt ”gode” – eller ”onde”, for den sags skyld. Det indebærer blot at mennesker fødes med et utrolig bredt repertoire af potentialer, nogle mere eller mindre konstruktive, nogle mere eller mindre destruktive. Hvilke af disse potentialer der aktualiseres vil afhænge af livsbetingelserne, men det vil altid være de mest konstruktive og pro-sociale potentialer som det er muligt for det enkelte menneske at aktualisere under de givne omstændigheder.

I forhold til Rogers antagelse om eksistensen af en aktualiserende tendens har minimumsantagelsen om eksistensen af en medfødt pro-social tendens den fordel at den undgår at føre til et begreb som ”selv-aktualisering”. Jeg finder dette begreb problematisk, fordi det fører til antagelsen om eksistensen af et ”sandt selv” som en i mennesker boende, af omgivelserne uafhængig, størrelse, hvis fulde blomstring er målet for den aktualiserende tendens. Jeg er skeptisk hvad angår tanker om at ”blive det som det var meningen man skulle blive”. Det kunne f.eks. antages at meningen med en gorilla er at den, stort set, skal blive som junglens gorillaer. Ser vi imidlertid på Francine Pattersons gorillaer (Patterson, 1990), som udviser et langt større kommunikativt repertoire end gorillaer i deres ”naturlige” omgivelser, finder jeg det passende at sætte et spørgsmålstejn ved enhver idé om en gorillas ”sande natur” og dermed også ved enhver idé om et menneskes ”sande natur”. Kan vi virkelig tro at Tarzan var blevet Tarzan hvis han var opvokset i en mellemklassefamilie i New York?

Oplevelsen af at handle i overensstemmelse med ens "sande selv", eller oplevelsen af at "aktualisere sig selv" er, ifølge min opfattelse, ensbetydende med at engagere sig i adfærd der har tilfredsstillende konsekvenser. Tilsvarende antager jeg at oplevelsen af følelsen af frihed, eller oplevelsen af at have frie valg, er ensbetydende med at kunne engagere sig i adfærd der er i overensstemmelse med ens værdier og interesser uden angst for negative konsekvenser. Min opfattelse af det centrale begreb i Rogers personlighedsteori, den aktualiserende tendens, ligger således meget tættere på behaviorismens antagelse om at adfærd kontrolleres af adfærdens konsekvenser i interaktion med omgivelserne (og især med de "betydningsfulde andre) end på antagelsen om aktualisering af et "sandt selv". Blandt klient-centrerede terapeuter er dette en usædvanlig synsvinkel på begrebet "den aktualiserende tendens". Synsvinklen var imidlertid ikke helt fremmed for Rogers selv om han forblev tvetydig på dette punkt. I sin dialog med Skinner, (den 11. og 12. juni 1962, offentliggjort i Kirschenbaum og Henderson, 1989), siger Rogers: "Jeg er fuldt ud enig med Dr. Skinner i at mennesket, betragtet udefra, objektivt og videnskabeligt, er genetisk og kulturelt determineret. Jeg har også sagt, at i en helt anden dimension er sådanne størrelser som frihed og valg ekstremt virkelige. ... Jeg ser en lighed med situationen i fysik hvor bølge teorien om lysets natur kan dokumenteres eksperimentelt lige så vel som partikelteorien kan, selvom de lader til at være kontradiktoriske. Med vor nuværende viden er de to teorier ikke forenelige, men man ville begrænse sin opfattelse af fysik hvis man benægtede enten den ene eller den anden. Det er i denne forstand jeg anser begge de to dimensioner vi har talt om for virkelige, selvom de eksisterer i et paradoksalt forhold til hinanden." (Oversættelse ved denne bogs forfatter). (Hvad Rogers mener med "paradoksalt forhold" står hen i det uvisse, og fysikere, i dag, ville ikke tale om et paradoksalt forhold men om et komplementært forhold).

## 2. Konsistent nærvær

"Konsistent nærvær" er min definition på "kongruens" indenfor rammerne af et klient-centreret terapeutisk forhold.

Det betyder at terapeuten, fra begyndelsen til slutningen på en session, er opslugt af den tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces med klienten, at han er 100 % nærværende i denne proces, at han, så længe sessionen varer, tilsidesætter egne bekymringer, værdier, meninger, osv. Kort sagt: Terapeuten "holder til side" for klienten, og han føler sig tilpas herved, hel og integreret i sit engagement i, udelukkende, den tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces med klienten. Jeg tror de fleste mennesker vil være klar over hvad jeg mener med "konsistent nærvær" når de tænker på oplevelsen af at være engageret i, og opslugt af, en eller anden aktivitet de holder af, hvad enten det er at læse en bog, spille fodbold, tage sig kærligt af haven, elske med kæresten, lege med børnene, lave mad, løse et matematisk problem, eller hvad der nu kan være blandt ens foretrukne beskæftigelser. "Kongruens" defineret på denne måde synes nærmest identisk med at være i "flow" (Ørsted Andersen, 2006, s. 43).

Når man er engageret på denne måde er der simpelthen ikke plads til nogen "professionel skal" eller "personlig facade" og at være uden "professionel skal" eller "personlig facade" er en anden hyppigt anvendt omskrivning til klargøring af begrebet "kongruens".

Min definition af begrebet "kongruens" betyder derfor ikke at terapeuten ikke udtrykker sin personlighed i forholdet til klienten. For det første er det at praktisere klient-centreret psykoterapi, i sig selv, et udtryk for terapeutens personlighed: At vælge at praktisere klient-centreret psykoterapi er almindeligvis associeret med terapeutens mest dybtføjte værdier. For det andet udtrykker terapeuten sin personlighed på mange mindre omfattende måder: Ved alle sine nonverbale udtryk, ved den stil hvormed han bruger sproget, ved den måde han klæder sig, ved den måde han har indrettet sit konsultationslokale, osv., dvs. ved hele den måde hvorpå han engagerer sig i den terapeutiske proces med klienten. Kort sagt: Terapeuten har sin helt egen måde at være konsistent

nærværende på i den tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces, ganske som fodboldspilleren har sin helt egen måde at være nærværende i fodboldspillet på, sin egen spillestil, samtidig med at han spiller i overensstemmelse med fodboldspillet's begrebsverden eller regler. Denne definition af begrebet "kongruens" betyder imidlertid også at jeg ikke ser nogen plads for eventuelle selvafsløringer fra terapeutens side i løbet af terapien. Den betyder også at terapeuten almindeligvis ikke lader sig dirigere, af klienten, til sin egen referenceramme og sit eget perspektiv, eller til sin egen verden, og psykologiske landskab, når klienten f.eks. stiller ham et spørgsmål. Det er på dette punkt den væsentlige skelnen mellem hvad jeg betragter som klient-centreret terapi og person-centreret praksis ligger. Når jeg er engageret i person-centreret praksis lader jeg mig dirigere til min egen referenceramme af den anden person i forholdet, fordi denne person ikke har defineret forholdet som et psykoterapeutisk forhold. Jeg skal uddybe dette yderligere i afsnittet om klient-centreret terapi's universalitet.

### 3. Tentativ

"Tentativ" eller "forsøgsvis" betyder at terapeuten aldrig er sikker på at hans empatiske forståelse af klienten er korrekt eller nøjagtig og at hans accepterende, empatisk refleksivitet betragtes og mere eller mindre direkte formuleres som hypoteser som klienten kan be- eller afkræfte, hvad enten klienten gør dette verbalt eller nonverbalt – eller slet ikke gør det. Klienten er den suveræne dommer hvad angår graden af nøjagtighed af terapeutens empatiske forståelse. Med psykiatriske klienter er det ofte hensigtsmæssigt at terapeuten er ret tydelig med at udtrykke sin empatiske forståelse som en hypotese, fordi psykiatriske klienter ofte er så usikre på deres egen opfattelse af tingene at de nemt "køber" andres opfattelse. De kan nemt "forføres" til at bekræfte svar der er formuleret som erklæringer snarere end spørgsmål, fordi deres selvopfattelse er forholdsvis skrøbelig og inkonsistent.

### 4. Accepterende

"Accepterende" betyder at terapeuten forholder sig til klienten med ubetinget positiv anerkendelse af klienten.

"Ubetinget positiv anerkendelse" er et svært begreb at få styr på. Ubetinget positiv anerkendelse af hvad? Mit eget svar på dette spørgsmål er min overbevisning om eksistensen af menneskers medfødte konstruktive og pro-sociale tendens eller disposition. Dette betyder at jeg føler ubetinget positiv anerkendelse af klienten fordi jeg er overbevist om at han til hver en tid bidrager med det mest positive og konstruktive til menneskets livsvilkår som han er i stand til med de muligheder der er tilgængelige for ham i hans her-og-nu opfattelse af tingene. Klienten gør kort sagt altid det bedste han kan under de givne betingelser, inklusive de betingelser terapeuten tilbyder, og det fortjener positiv anerkendelse. Man kan også udtrykke det sådan at terapeuten føler ubetinget positiv anerkendelse for klientens anstrengelser for at realisere det bedste i sig selv.

Ordet "ubetinget" i begrebet "ubetinget positiv anerkendelse" betyder herefter også at terapeuten ikke værdsætter nogen slags klient-adfærd højere end nogen anden, at alt hvad klienten gør modtages af terapeuten med lige grad af accept.

Dette betyder ikke at klienten ikke kan komme til at gøre det bedre, ikke kan komme til at bidrage mere konstruktivt, ikke kan komme til at aktualisere potentialer der er mere befordrende for hans og hans nærmestes positive udvikling. Hvis betingelserne i højere grad bliver mere befordrende for aktualisering af klientens mere konstruktive potentialer, og især hvis betingelserne i højere grad nærmer sig kernebetingelserne i klient-centreret terapi, vil klientens opfattelse af tingene ændre sig, han vil lære, og han vil blive klogere på sig selv, på andre, og på verden, og mere konstruktive handlemuligheder vil derved blive tilgængelige for ham. Desuden vil han selv påvirke sine

livsbetingelser i mere positiv retning, dvs. at gensidigt afhængige feedback processer er på spil mellem et menneskes adfærd og dette menneskes omgivelser, naturligvis især dets sociale omgivelser.

Denne definition af "ubetinget positiv anerkendelse" betyder også at "godt" og "ondt", som sådan, ikke eksisterer. Det at "være god" betyder at være klog på eller vidende om en selv, andre, og verden og handle derefter, og at "være ond" betyder at være uvidende om en selv, andre, og verden og handle derefter. De forfærdende, grusomme handlinger der begås af mennesker, mod dem selv, andre, og verden, er udtryk for misforståelser og uvidenhed, dvs. de er fejltagelser. Det faktum at fejltagelser kan have så afskyelige konsekvenser som folkedrab er en anden sag.

Mennesker gør altid det bedste de kan. På grund af uvidenhed er det ikke altid godt nok.

Det er ikke min mening, med denne definition på "ubetinget positiv anerkendelse", at antyde at adfærd som anses for skadelig ikke skal forhindres. Selvfølgelig skal man forsøge at forhindre og begrænse skadelig adfærd. Hvad der derimod ligger implicit i definitionen er at sådan adfærd ikke skal straffes. Vi afliver den rabiesbefængte hund med medfølelse, ikke med hævnfølelse. Ønsket om at straffe er efter min mening antitetisk til overbevisningen om en medfødt pro-social disposition og til en ægte følelse af ubetinget positiv anerkendelse af andre og af en selv.

## 5. Empatisk

Jeg definerer "empatisk" forståelse meget enkelt, nemlig som forståelse af det klienten ønsker at terapeuten forstår. I vendingen "det som klienten ønsker at terapeuten forstår" ligger 1) at der er tale om forståelse af klientens referenceramme eller perspektiv og 2) at forståelsen er nøjagtig, dvs. at terapeuten hverken forstår mere eller mindre end klienten ønsker at terapeuten forstår.

Jeg bestræber mig ikke systematisk på at forstå oplevelser på randen af klientens bevidsthed, (se f. eks. Mearns og Thorne, 1999, s. 52), eller på at min empatiske forståelse skal være "additiv", (ibid. s. 45), og dermed udvide og uddybe det aktuelle fokus for klientens opmærksomhed, fordi jeg finder at en sådan bestræbelse er diskret direktiv og dermed et udtryk for betinget anerkendelse af klientens faktiske valg af opmærksomhedsfokus.

## 6. Reflekterende

Terapeutens empatiske forståelse vil ikke være til megen nytte for klienten med mindre den kommunikerer til klienten, verbalt og/eller nonverbalt. Dette gøres i den empatiske reflekterende proces. Jeg kan godt lide den klient-centrerede terapies oprindelige terminologi, hvor der taltes om "empatisk refleksion", fordi jeg anser empatisk refleksion for at være det der, operationelt, kendetegner klassisk klient-centreret terapi (og Rogers egen praksis). Jeg beklager at Rogers i sine senere værker opgav at bruge udtrykket "empatisk refleksion" selv om jeg anerkender og forstår hans bevæggrunde: "Empatisk refleksion" blev ofte brugt mekanisk og som en parodi på det der var Rogers hele mening med empati, nemlig, først og fremmest som formidler af ubetinget positiv anerkendelse. For eksempel "oversatte" Torben Bendix (1981) empatiske forståelse med det at gentage det sidste klienten havde sagt. Jeg er imidlertid enig med følgende udtalelse af John Shlien (citeret som personlig kommunikation i Rogers (1986) diskussion af dette emne):

*"Refleksion"* er uretfærdigt fordømt. Udtrykket blev med rette kritiseret da du beskrev den trægtige og latterliggørende parodi på klienten som empatiske refleksion kunne blive til i hænderne på ufølsomme terapeuter, og du skrev smukt herom. Men du ignorerede den anden side. Empatisk refleksion er et artistisk virtuost instrument i hænderne på en intelligent og oprigtigt empatiske terapeut. Empatisk refleksion muliggjorde udviklingen af klient-centreret terapi på en måde som terapiens filosofi, alene, ikke ville have formået. Ufortjent fornedrelse af teknikken fører til tåbelige og



meningsløse alternative under dække af ”kongruens”. (Oversættelse, med den oprindelige kursivering, ved denne artikels forfatter)

HVORDAN terapeuten udtrykker sin tentative, accepterende, empatiske forståelse af klienten, dvs. hvordan empatisk refleksion udtrykkes, er et af de aspekter ved klient-centreret terapi der er mest afhængig af den enkelte terapeuts personlighed. Spørgsmålet om HVORNÅR terapeuten udtrykker sin empatiske forståelse af klienten er blevet meget informativt diskuteret af Barbara Brodley (1998).

## 7. Proces

Fra starten til slutningen af en session er terapeuten engageret i, og opslugt af, et forhold til klienten der er i stadig forandring. Terapeutens andel af dette forhold er den kontinuerligt foranderlige tentative, accepterende, empatisk reflekterende proces. Der er intet stationært ved dette, det er en fortsat griben fat i og given slip på den momentane forståelse af klienten – og især med psykotiske klienter kan denne proces indeholde perioder hvor terapeuten ikke forstår noget som helst.

## 8. Konstruktive potentialer

Jeg bruger udtrykket ”konstruktive potentialer” meget bredt og løst, så det er muligt for enhver, inklusive enhver klient, at definere det mere snævert og konkret i overensstemmelse med egne vurderinger og værdier.

Rogers skabte faktisk, (1959, s. 234-235, og 1961, kap. 9), et billede af ”Den Fuldt Fungerende Person” som han betragtede som en asymptote, dvs. en grænse man kan komme uendelig tæt på, men aldrig nå, (1959, s. 235). Et af kendetegnene ved Rogers’ ”Fuldt Fungerende Person” er ”åbenhed for egne erfaringer”, hvilket betyder at ”Den Fuldt Fungerende Person” er i en konstant ændringsproces efterhånden som han nøjagtigt symboliserer sine erfaringer, uden benægtelse eller forvrængning (Rogers, 1959, s. 206 og 234). Jeg er tilbøjelig til at tænke på ”åbenhed for egne erfaringer”, eller på at blive tiltagende åben for egne erfaringer, som værende synonymt med aktualisering af ens mest konstruktive potentialer, som værende essensen af psykisk sundhed og positiv psykologisk udvikling. Tilsvarende betragter jeg benægtelse og forvrængning af egne erfaringer som værende synonymt med aktualisering af potentialer der er mere destruktive – men det er stadig aktualisering af personens mest konstruktive potentialer under de forhåndenværende omstændigheder.

Med den udlægning af den klient-centrerede terapiteori der er gjort rede for i de foregående afsnit placerer jeg mig blandt den gruppe klient-centrerede terapeuter der, lidt vekslende, kaldes ”traditionelle”, ”klassiske”, ”puritanere”, ”ikke-direktive”, og ”ortodokse”. Selv blandt denne gruppe terapeuter hører min udlægning af teorien til i den mere radikale eller ekstreme ende. Det skyldes for det første at min definition af essensen af klient-centreret psykoterapi er relativt operationel (i modsætning til den mere almindelige holdningsmæssige og filosofiske definition), dvs. at terapeutens *konsistente* tentative, accepterende, *empatiske refleksivitet*, er det der for mig adskiller klient-centreret psykoterapi fra andre former for psykoterapi. For det andet skyldes det, som allerede nævnt, at jeg foretrækker at forholde mig empatisk reflekterende også når klienten anmoder om respons fra min egen referenceramme, dvs. jeg bestræber mig på at forstå sådanne anmodninger empatisk, fra klientens referenceramme, i stedet for at imødekomme dem fra min egen. Jeg besvarer derfor som oftest spørgsmål fra klienten med udtryk for empatisk forståelse af den spørgende klient. Mit rationale for at foretrække denne udlægning af den klient-centrerede terapiteori kan opstilles i seks punkter:

1. Konstant at respondere med tentativ, accepterende, empatisk refleksivitet er, efter min opfattelse, ensbetydende med maksimalt at minimere risikoen for at formidle betinget anerkendelse til klienten.
2. Den beskrevne udlægning skelner klart mellem egentlig klient-centreret psykoterapi og mere eklektiske former for psykoterapi, typisk de såkaldt "oplevelsesorienterede" psykoterapier, der tager udgangspunkt i accepterende, empatisk forståelse, men ikke holder sig hertil, dvs. nok anser kernebetingelserne for nødvendige, men ikke for tilstrækkelige.
3. Udlægningen fokuserer på terapeutens adfærd, snarere end på terapeutens oplevelser, dvs. den er så operationel som mulig og derved så tilgængelig for videnskabelig efterprøvning som mulig.
4. Den er trofast overfor Rogers egen adfærd som terapeut, således som denne er dokumenteret på en lang række audio- og videobånd.
5. Arbejdet som klient-centreret psykoterapeut, i overensstemmelse med denne udlægning af teorien, har været den helt afgørende positive faktor i min egen professionelle udvikling. Den har hjulpet mig til at komme stadig tættere på at blive den psykoterapeut jeg gerne vil være.
6. Med denne udlægning af den klient-centrerede terapi teori er mine samtaler med klienter en daglig glæde for mig.

Mange mennesker har inspireret mig til den beskrevne udlægning af den klient-centrerede terapi teori. Udover de allerede citerede vil jeg gerne især nævne Marvin Frankel, professor i psykologi ved Sarah Lawrence College i New York (vedvarende personlig korrespondance fra maj 2000).

### Om den klient-centrerede terapi universalitet

Jeg antager ikke at den udlægning af den klient-centrerede terapi teori, som jeg har præsenteret i det foregående afsnit, er universel, dvs. jeg antager ikke at den kan anvendes med alle mennesker. På baggrund af min erfaring med, især, psykiatriens patienter forekommer disse mig naturligt at falde i tre grupper, der, i modsætning til psykiatriens diagnostiske grupperinger, er af praktisk relevans for den klient-centrerede terapeut. Disse tre grupperinger er ikke skarpt adskilte, de overlapper hinanden, så der er tale om et kontinuum.

1. De fleste psykiatriske patienter tilhører den klientgruppe som klient-centreret psykoterapi (og de fleste andre psykoterapiformer) oprindeligt blev anvendt til. Disse "kerne-klienter" er frivillige, narrative, og selv-ekspressive, dvs. de opsøger aktivt kontakten med terapeuten og de udtrykker sig med henblik på at terapeuten skal forstå noget som de ønsker at formidle om sig selv og deres liv. Det var i arbejde med denne gruppe klienter Rogers og hans samarbejdspartnere udviklede klient-centreret psykoterapi ved Chicago Counseling Center i 1950-erne. Tilsvarende er denne gruppe klienter anvendelsesområdet for den teoretiske udlægning jeg redegjorde for i forrige afsnit. Næsten alle voksne udenfor fængsler, psykiatriske hospitaler og psykiatriske plejehjem tilhører denne klientgruppe hvis de søger hjælp hos en psykoterapeut.
2. Nogle patienter forekommer alt andet end narrative og ekspressive og alene af denne grund er det umuligt at vide i hvilken udstrækning patienten anser en eventuel kontakt med terapeuten for at være frivillig. Disse patienter opleves almindeligvis som værende mere eller mindre "ude af kontakt". I psykiatrisk sprogbrug kaldes disse patienter autistiske og tilbagesluttede. Med sådanne patienter vil det almindeligvis være terapeuten der tager initiativ til kontakt og for en kortere eller længere periode synes de ikke at have noget på hjerte som

de ønsker at terapeuten skal forstå. Med disse "præ-ekspressive" patienter kan klient-centreret terapi i den klassiske udformning jeg har beskrevet naturligvis ikke anvendes. For det første lever de ikke med sikkerhed op til kravet om fuldt frivillig deltagelse i terapien og for det andet defineres empatisk forståelse i den klassiske udformning af klient-centreret terapi som en forståelse af patientens indre referenceramme, indre verden, eller indre "psykologiske landskab". En sådan "indre" referenceramme oplever terapeuten imidlertid sjældent i kontakten med disse mennesker, fordi de tilsyneladende ikke rigtig nærer noget ønske om at delagtiggøre terapeuten i noget af det der foregår i dem. Gary Prouty (1994) har udviklet "præ-terapi" som en person-centreret måde at have kontakt med disse mennesker på, og indført udtrykket "præ-ekspressiv" til betegnelse af en væsentlig kvalitet i kontakten med dem. Kendskab til præ-terapiens såkaldte "kontakt-refleksioner", som gør det muligt for terapeuten at ledsage patienten på et så konkret niveau at han kan forholde sig ubetinget accepterende også til "præ-ekspressive" patienter er, efter min mening, et "must" i enhver form for kontaktarbejde med psykiatriens dårligst fungerende patienter.

3. Mange "patienter", især i de psykiatriske hospitalers lukkede afsnit, er yderst narrative og udtryksfulde, men bestemt ikke frivillige. Det eneste de ønsker er at blive løsladt.

Psykiatriens personale ser dem som paranoide, megalomane, maniske og, nogen gange, som psykotisk deprimerede. Selv ser de sig som psykiatriens fanger. Hvis den klient-centrerede terapeut har kontakt med et af disse mennesker er det også på hans eget initiativ, ud fra hans egen interesse for denne person som måske vil acceptere samtaler med terapeuten som en rar måde at tilbringe noget af tiden i indespærring på. Enhver tale om kontakten som værende "terapeutisk" vil typisk blive mødt med modstand, i hvert fald i en meget lang begyndelse, fordi fangen/patienten ikke anser sig selv for værende psykisk syg og derfor ikke ønsker behandling af nogen slags, hvad enten det drejer sig om medicin eller psykoterapi. En person-centreret kontakt med disse mennesker kan imidlertid engang imellem udvikle sig til et almindeligt psykoterapiforhold hvor den tidligere fange, nu klient, aktivt ønsker at mødes med terapeuten i dennes egenskab af terapeut, dvs. han ønsker psykoterapi i dette ords almindelige betydning. Herudover er der patienter som, selvom de ikke formelt set er ufrivillige, er lidet responsive i forsøg på at indlede et terapeutisk forhold til dem, og det vil være terapeuten's ønske om at lære dem at kende og komme til at forstå dem der motiverer kontakten. Endelig er der patienter som deltager frivilligt i møderne med terapeuten, men som alligevel gør det noget tøvende og modstræbende, som et resultat af andres overtalelse.

Så længe det er terapeuten som tager initiativet til kontakt, eller så længe terapeuten er overbevist om at den person han har kontakt med ikke oplever at deltagelse i kontakten fuldt ud er hans eget ønske, og/eller ikke oplever kontakten som psykoterapi, er det vigtigt ikke at betragte forholdet som et klassisk klient-centreret terapeutisk forhold.

Jeg erklærede ovenfor at det ligger implicit i min forståelse af den klient-centrerede terapi's teori at terapeuten forbliver i den tentative, empatisk reflekterende proces med klienten *også* når klienten, verbalt eller nonverbalt, anmoder terapeuten om at forlade denne proces og i stedet respondere fra sin (terapeutens) egen referenceramme. Klienten kan gøre dette på utallige måder ved mere eller mindre direkte spørgsmål til terapeuten om dennes eget synspunkt på dette eller hint, eller ved spørgsmål til terapeuten om denne vil være til rådighed for klienten på anden vis end ved at bestrebe sig på at følge klienten med accepterende empatisk forståelse. Almindeligvis besvarer jeg, som nævnt, ikke sådanne spørgsmål men søger i stedet at forstå den spørgende klient empatisk. Dette er ikke ensbetydende med at ignorere spørgsmålet. Tværtimod bliver spørgsmålet fokus for mit forsøg på empatisk forståelse af klienten. Som allerede nævnt anser jeg dette for at være den sikreste måde til at undgå at formidle betinget anerkendelse til klienter med hvem jeg har et klassisk

klient-centreret terapeutisk forhold, dvs. til klienter som aktivt definerer sig selv som netop dette: klienter i psykoterapi.

De spørgsmål der her er tale om er naturligvis ikke spørgsmål der vedrører de praktiske rammer om terapien (tid, sted, osv.), og der er heller ikke tale om spørgsmål som klienten kunne have stillet til enhver der tilfældigvis befandt sig i nærheden som f. eks. ”Hvornår kører den næste bus?” eller ”Må jeg få et glas vand?”. Den slags spørgsmål der er tale om er anmodninger om råd fra terapeuten, spørgsmål om terapeutens private forhold, eller spørgsmål om terapeutens vurderinger af dette og hint. Jeg oplever almindeligvis at denne type spørgsmål stilles til mig ud fra en fejlagtig opfattelse af at jeg i min egenskab af terapeut må være ekspert på hvad der er bedst for klienten, og ikke blot ekspert på en terapeutisk metode, eller ud fra en fejlagtig opfattelse af at jeg i min egenskab af terapeut også er, eller bør være, en ven. Jeg ønsker ikke, ved at forsøge at besvare denne type spørgsmål, at bekræfte sådanne fejlagtige opfattelser af min rolle. I stedet ønsker jeg at forholde mig med accepterende empatisk forståelse også til disse opfattelser hos mine klienter. Først og fremmest er det imidlertid min erfaring at disse spørgsmål ofte er mere eller mindre diskrete anmodninger om terapeutens betingede anerkendelse. Imødekommelse af sådanne anmodninger vil derfor være i modstrid med essensen af klient-centreret terapi med dens antagelse af at ubetinget positiv anerkendelse af klienten er den primære terapeutiske faktor. At forholde sig med accepterende empatisk forståelse til klientens ønske om betinget anerkendelse vil derimod ofte stimulere klienten til at udforske sider ved sin adfærd der måske kan virke som en invitation på andre til at behandle ham mindre end respektfuldt.

Det skal nævnes at min praksis vedrørende besvarelse af spørgsmål ikke er den gængse praksis blandt flertallet af klient-centrerede terapeuter, der med henvisning til ligeværdigheden i forholdet mellem terapeut og klient og til kongruens-begrebet almindeligvis besvarer spørgsmål i den udstrækning de føler sig villige til det, og i stand til det, i den givne situation, (se f. eks. Brodley, 1999).

Imidlertid lader jeg mig dirigere til min egen referenceramme, og besvarer spørgsmål, i kontakt med patienter der ikke aktivt definerer deres forhold til mig som et psykoterapeutisk forhold, dvs. med præ-ekspressive patienter og med psykiatriens fanger som faktisk gør mig en tjeneste ved at tillade mig at have kontakt med dem. Almindeligvis reagerer jeg fra min egen referenceramme når disse mennesker beder mig om det for at respektere at de ikke definerer deres forhold til mig som et psykoterapeutisk forhold. Det er i disse tilfælde jeg betragter mig selv som ”person-centreret praktiker” snarere end klient-centreret terapeut. Det er således spørgsmålet om at imødekomme, eller ikke imødekomme, anmodninger om at reagere fra min egen referenceramme der udgør den væsentlige forskel mellem min person-centrerede kontaktpraksis og min klient-centrerede terapipraksis. Jeg finder den første type praksis – person-centreret praksis – passende med præ-ekspressive patienter og med psykiatriens fanger, og jeg ville anse den for en uundværlig del af mit arbejde, hvis jeg arbejdede i en miljøterapeutisk eller social-psykiatrisk sammenhæng. Jeg finder den anden type praksis – klient-centreret terapi – passende med de der aktivt definerer sig selv som psykoterapiklienter og har psykoterapi som den første prioritet i deres kontakt med mig.

Denne skelnen mellem ”person-centreret praksis” og ”klient-centreret psykoterapi” er usædvanlig. Den udspringer af mit daglige arbejde i det psykiatriske landskab, hvor ikke alle beboere hører til kernegruppen af psykoterapiklienter, men hvor jeg alligevel ønsker at være til størst mulig gavn for alle beboerne, inklusive mig selv.

Egentlig klient-centreret psykoterapi kan kun praktiseres med fuldt frivillige, narrative, og selv-ekspressive klienter. Dette betyder imidlertid ikke at den klient-centrerede psykoterapeut ikke skal bruge sin kompetence til at tilbyde andre beboere i det psykiatriske landskab en så konstruktiv og gensidigt tilfredsstillende kontakt som muligt.

I det foregående afsnit er spørgsmålet om klient-centreret terapies universalitet blevet drøftet i forhold til hvilke mennesker denne terapiform potentielt kan gavne.

I dette afsnit vil spørgsmålet om klient-centreret terapies universalitet blive drøftet i forhold til terapiens mål.

C. Patterson (1995) har skrevet om psykoterapeuters (ikke blot klient-centrerede) ultimative, middelbare, og umiddelbare mål.

Det ultimative mål er klientens positive vækst og udvikling, hvad dette end måtte være og i den bredeste betydning af disse ord. I overensstemmelse med deres respektive teoretiske referencerammer ønsker psykoanalytikeren f.eks. at se sin klient bevæge sig sikkert i retning af "hvordan det var skal jeg være", og den klient-centrerede terapeut ønsker at se sin klient bevæge sig sikkert i retning af at blive "fuldt fungerende". Hvad disse ting betyder i detaljer, og for en given klient, vides først ved terapiens afslutning. Terapeuten har ingen idé, i begyndelsen, om hvordan klienten vil være ved afslutningen.

Terapeutens middelbare mål er at klienten lærer at løse det problem han præsenterede som sin grund til at søge psykoterapi. Dette er normalt en "bivirkning" i terapier der primært arbejder mod ultimative mål (personlighedsintegration- og udvikling), som f.eks. klient-centreret terapi og psykoanalytisk terapi, mens andre terapiformer som f.eks. kognitiv adfærdsterapi arbejder mere målrettet og fokuseret mod middelbare mål. I disse terapier bestræber terapeuten sig mere snævert på at give klienten den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til løsning af det problem han præsenterede sig med og terapien er slut når dette problem er løst. Terapeuten har således fra starten en ganske præcis forestilling om hvordan klienten vil være ved slutningen. I dette tilfælde er det klientens positive personlige udvikling, i bred forstand, der er en "bivirkning" af terapien, forudsat at det middelbare mål er i overensstemmelse med klientens åbenhed for sine egne erfaringer og ikke et resultat af internaliseret betinget accept eller frygt for negative konsekvenser hvis målet ikke nås.

Med Jerold Bozarth (1998, s. 24) kan man sige at den terapeut der arbejder mod ultimative mål har hele klientens personlighed som fokus for sin opmærksomhed – han er "person-orienteret", mens den terapeut der arbejder mod middelbare mål har problemet som fokus for sin opmærksomhed – han er problem-orienteret.

Endelig er det alle psykoterapeuters umiddelbare mål at arbejde så dygtigt og kompetent som muligt, i overensstemmelse med deres foretrukne teoretiske referenceramme, mod enten et ultimativt eller middelbart mål.

Hvis man forestiller sig et kontinuum af psykoterapiformer, med de mest "person-orienterede" og de der arbejder mod ultimative mål i den ene ende og de mest "problem-orienterede" og de der arbejder mod middelbare mål i den anden ende, tror jeg ikke der kan være nogen tvivl om at klient-centreret psykoterapi placerer sig i det yderste punkt af enden med de "person-orienterede" terapier. Dette betyder, ifølge min erfaring, at muligheden for at anvende klient-centreret psykoterapi har visse begrænsninger i praksis, selvom denne terapiform, rent teoretisk, skulle være anvendelig med alle der definerer sig selv som psykoterapiklienter.

Nogle af de klienter jeg møder, som har et klart og utvetydigt ønske om psykoterapi, ønsker samtidig lige så klart og utvetydigt at deres terapeut skal være "problem-orienteret" snarere end "person-orienteret": De ønsker at deres terapeut skal dirigere processen mod et middelbart mål som de formulerer klart og vedvarende fokuserer på. De ønsker at lære hvordan de skal overvinde, omgå, eller løse deres problem som de beskriver og afgrænser omhyggeligt i den eller de første sessioner. De betragter terapeuten som en der skal undervise dem i meget højere grad end som en der skal forstå dem. De kommer dybest set med samme holdning til deres psykoterapeut som til deres praktiserende læge. Med disse klienter bliver jeg som regel overbevist om, indenfor de første par sessioner, at jeg vil være bedre i stand til at hjælpe dem ved at anvende en mere direktiv og

problem-orienteret form for psykoterapi og jeg skifter så fra mit klient-centrerede udgangspunkt til anvendelse af, overvejende, kognitiv adfærdsterapi og til at indgå i et forhold som jeg bedst kan betegne som elev- (eller klient-) centreret undervisning. Dette er tilfældet med 5-10 % af mine klienter. (En anden mulighed ville have været at henvise disse klienter til en mere problem-orienteret terapeut).

Jeg skal ikke gå yderligere i detaljer med denne variabilitet i min psykoterapeutiske praksis. Jeg finder det imidlertid vigtigt kort at omtale den i en artikel, der har som et af sine formål at være til gavn for klient-centrerede psykoterapeuter. Klient-centreret psykoterapi, med dens understregning af ubetingetheden i terapeutens accept af klienten, stiller store krav til sin udøver, formodentlig større end nogen anden form for terapi. Til trods for den klient-centrerede terapies teoretiske universalitet vil terapeuten derfor nogle gange gøre klogt i at skifte til en mere direktiv form for terapi med klienter der klart ønsker dette. Herved undgås at terapeuten sprænger rammerne for sin kompetence med klient-centreret psykoterapi. Jeg mener dette er at foretrække frem for at gøre brug af en direktiv intervention nu og da, når terapeuten anser det for gavnligt for klienten, således som det anbefales af nogle repræsentanter for den person-centrerede orientering, (se f.eks. Kahn, 1999, og Cain, 1989). Hvad betyder "nu og da"? Med en sådan praksis er der stor risiko for at terapeuten faktisk begynder at anvende en eklektisk form for terapi og mere eller mindre, måske uden rigtig at gøre sig det klart, glider bort fra det klient-centrerede ståsted.

Direktive interventioner kan naturligvis være umiddelbart gavnlige for klienten men efter min opfattelse hører de ikke hjemme i klient-centreret terapi fordi de placerer terapeuten i rollen som ekspert på klienten, dvs. som en der kan forudsige hvad der med større eller mindre sandsynlighed vil være til gavn for klienten, (se også Sommerbeck, 2004). Desuden indebærer brugen af tidvise direktive interventioner risiko for at terapeuten forvirrer både klienten og sig selv hvad angår terapiens mål: Arbejder de mod den klient-centrerede terapies ultimative mål, eller arbejder de mod en mere direktiv og problem-orienteret terapies middelbare mål? Efter min mening er det at foretrække at skelne klart, både i praksis og i teori, mellem ikke-direktiv klient-centreret psykoterapi og andre, mere eller mindre, eklektiske, direktive og problem-orienterede terapeutiske metoder, også selvom accept og empatisk forståelse spiller en stor rolle i dem alle.

### Om den relative betydning af de tre kernebetingelser

I "Empathic: An unappreciated way of being" (1975) skriver Rogers:

Jeg vil gerne kort formulere mit synspunkt på de tre vækstbefordrende holdninger [dvs. de tre kernebetingelser] i deres forhold til hinanden.

I livets almindelige kontakter – mellem ægtefæller og seksuelle partnere, mellem lærer og elever, chef og ansatte, eller mellem kollegaer – er det sandsynligt at kongruens er det vigtigste element. En sådan ægthed betyder at man lader det andet menneske vide "hvor man er" emotionelt. Det kan betyde konfrontation og et personligt vedgået og ligefremt udtryk for både positive og negative følelser. Kongruens er således basis for at leve sammen i et klima af virkelighed.

Men i visse andre særlige situationer kan det at føle omsorg for og sætte pris på den anden vise sig at være det mest betydningsfulde. Sådanne situationer indbefatter nonverbale forhold – forældre og lille barn, terapeut og stum psykotisk, læge og meget syg patient. Det er kendt at det at føle omsorg for en anden befordrer kreativitet – et omsorgsfuldt klima hvor delikate, tentative nye tanker og produktive processer kan opstå.

Så er der, i min erfaring, andre situationer hvor den empatiske måde at være på har højeste prioritet. Når det andet menneske er psykisk såret, forvirret, belastet, angst, fremmedgjort, rædselsslagen; eller når det andet menneske tvivler på sin værdi og er usikker på sin identitet så er der bud efter forståelse. At blive mødt med den milde og sensitive empatiske holdning – selvfølgelig kombineret med de to andre holdninger – bringer klargøring og heling. I sådanne situationer tror jeg at dyb forståelse er den mest dyrebare gave man kan give et andet menneske. (Oversættelse ved denne artikels forfatter)

Mange forfattere er imidlertid tilbøjelige til at anse ubetinget positiv anerkendelse (det Rogers i dette tilfælde kalder at føle omsorg for og sætte pris på) for den primære terapeutiske faktor i klient-centreret psykoterapi. Jerold Bozarth, (1998, s. 83-84), skriver for eksempel: "Betingethed er det grundlæggende element i Rogers teori om psykopatologi" og "Rogers teoretiske forklaring på psykologisk dysfunktion kan ikke føre til nogen anden konklusion: Ubetinget positiv anerkendelse er teoriens kurative faktor." Desuden: "Individets tilbagevenden til ubetinget positiv selv-ankendelse er omdrejningspunktet i teoriens forklaring på psykologisk vækst. ... Rogers hypotese er at man må opleve ubetinget positiv anerkendelse for at korrigere den patologiske tilstand." Bozarth, (ibid.), argumenterer også ud fra Rogers teoretiske erklæring (1959) om forældre-barn forholdet: "Det er forældrenes oplevelse af ubetinget positiv anerkendelse af barnet der skaber 1) færre betingelser for barnets følelse af værdifuldhed, 2) større åbenhed for egne erfaringer hos barnet, og 3) barnets gode psykologiske tilpasning. Endvidere må forældrene føle ubetinget positiv anerkendelse af sig selv for at kunne være kongruente i forholdet til barnet og for, dermed, at kunne opleve ubetinget positiv anerkendelse af, og empatisk forståelse for, barnets referenceramme. Denne erklæring angiver klart ubetinget positiv anerkendelse som den kurative holdning ikke blot for klienten; den angiver også betydningen af ubetinget positiv selv-ankendelse for at terapeuten kan være kongruent i forholdet til klienten." (De givne citater af Bozarth er alle oversat af denne artikels forfatter.)

Antagelsen om at ubetinget positiv anerkendelse er den primære terapeutiske faktor i klient-centreret terapi sættes i relief i det terapeutiske arbejde med psykiatriens klienter. Almindeligvis er deres ekspressive niveau mere overfladisk, og udgangspunktet for deres vurderinger mere udvendigt end det er tilfældet for den oprindelige kernegruppe af klienter. De synes mindre bevidste om sig selv som kilde til deres egne oplevelser, og de synes mindre tilbøjelige til at engagere sig i selv-refleksion. Det ekstreme tilfælde er den hallucinerende skizofrene patient. Også den præ-ekspressive patient, med hvem der tilsyneladende ikke er holdepunkter for empatisk forståelse af en indre referenceramme er relevant at nævne i denne sammenhæng. Med præ-ekspressive patienter er det tydeligt at det er ubetinget positiv anerkendelse der er den primære terapeutiske faktor. Dette må naturligvis også være tilfældet, rent logisk: Hvis terapeuten ikke har nogen oplevelse af patientens indre referenceramme, hvordan kan han så tilbyde den slags empatisk forståelse der er karakteristisk for hans almindelige klient-centrerede praksis?

Det er derfor min påstand at betydningen af empatisk forståelse af klientens indre referenceramme eller af klientens indre, personlige, psykologiske landskab øges direkte proportionalt med klientens grad af selv-ekspressivitet. Jo mere selv-ekspressiv og narrativ klienten er, jo mere synes empatisk forståelse at stimulere selv-refleksion og selv-udforskning med deraf følgende øget selvindsigt. Dette er jeg dog tilbøjelig til at betragte som en heldig "bivirkning" af empatisk forståelse, som en ekstra "bonus", især med mere selv-ekspressive klienter. Den empatiske forståelses vigtigste funktion er efter min mening fortsat at være formidler af terapeutens ubetingede positive anerkendelse af klienten, eller, sagt på en anden måde, empatisk forståelse, udtrykt i form af empatisk refleksivitet, er den sikreste måde til maksimalt at minimere risikoen for at formidle

betinget anerkendelse af klienten. Jeg er enig med Jerold Bozarth, (ibid.), i at det først og fremmest er klientens øgede selv-accept, faciliteret af terapeutens ubetingede positive anerkendelse af klienten, der er den primære kurative effekt af psykoterapi, ikke øget selv-indsigt. Øget selv-indsigt forekommer mig dog at følge tæt i kølvandet på øget selv-accept.

Det er selvfølgelig kunstigt at adskille kernebetingerne ubetinget positiv anerkendelse, empatisk forståelse, og kongruens, som det blev gjort i første afsnit af denne drøftelse af den klient-centrerede terapiteori. Hensigten med denne adskillelse har udelukkende været at redegøre for den måde jeg opfatter hver af de tre kernebetinger på. Både i teori og praksis er hver enkelt af kernebetingerne afhængig af de to andre; betingelserne er gensidigt afhængige af hinanden, og påvirker gensidigt hinanden. Barbara Brodley har udtrykt dette smukt, (personlig kommunikation, december, 2000): "Teorien fortæller os at ubetinget positiv anerkendelse er den kurative agent – når den forekommer i sammenhæng med totaliteten af de tre kernebetinger samt den iboende ikke-direktive holdning." (Oversættelse ved denne artikels forfatter). Barbara Brodley fortsætter herefter med at fortolke den indbyrdes afhængighed mellem de tre kernebetinger i lyset af Aristoteles' kategorisering af årsager, dvs. i lyset af en skelnen mellem formelle årsager, materielle årsager, effektive årsager, og finale årsager. Denne kategorisering illustreres normalt med bygningen af et hus. Arkitektens plan, tegning, eller model er den formelle årsag; mursten, mørtel, træ, glas, osv., som bruges til at bygge huset, er den materielle årsag; håndværkernes arbejde med at bygge huset er den effektive årsag, og (bygherrens ønske om) det færdige hus er den finale årsag. Barbara Brodley siger at man kan betragte kongruens som den formelle årsag, empatisk forståelse som den materielle årsag, ubetinget positiv anerkendelse som den effektive årsag, og (klientens ønske om) helbredelse som den finale årsag. For mig er dette en meget præcis og rammende beskrivelse af den gensidige afhængighed mellem kernebetingerne.

### Om betydningen af udviklingsteorier

Det kan være til hjælp for terapeuten at have kendskab til forskellige teorier om hvorledes klienters symptomer og problemer opstår. Et sådant kendskab kan fremme terapeutens empatisk forståelse og ubetinget positive anerkendelse af klienten. Det kan imidlertid også have den modsatte virkning hvis terapeuten, på basis af en bestemt udviklingsteori, er særlig opmærksom på bestemte traumer, udviklingsmæssige skævheder og lignende, der antages at skulle arbejdes igennem med klienten. Dette vil gøre terapeutens arbejde mere eller mindre direktivt og være imod essensen i klient-centreret psykoterapi, nemlig at møde klienten så uhildet som muligt, uden forudfattede meninger om hvad der er galt med klienten eller hvad der er nødvendigt at beskæftige sig med i terapien for at klienten kan få det bedre.

Rogers forklarede, meget kort fortalt, klientens psykopatologi med at klienten havde været udsat for mere eller mindre ekstrem betinget accept eller betinget anerkendelse fra betydningsfulde andre, dvs. at nogle sider af klienten var blevet mødt med positiv anerkendelse, andre med negativ anerkendelse, og at klienten havde internaliseret denne betingede accept, med det resultat at hans følelse af selvværd og ubetinget selvaccept havde lidt større eller mindre knæk. (Rogers mest detaljerede forklaring på psykopatologiske fænomener, inklusive psykotiske tilstande, findes i Rogers, 1959, s. 224-230).

De seneste årtier har set diagnostisk differentierede variationer over dette tema blandt klient-centrerede forfattere. Det gælder især Lambers, 1994, og Warner, 1991. Warner beskriver en særlig type skrøbelighed og dissociativitet hos en bestemt gruppe klienter der nok er nogenlunde sammenfaldende med den gruppe patienter psykiatrien diagnosticerer som værende grænsepsykotiske eller som havende en "borderline" personlighedsstruktur.



Kendskab til faktorer der er forstyrrende og skadelige for menneskers psykologiske udvikling kan imidlertid komme fra mange kilder, også fra kilder udenfor den klient-centrerede skole. Selv har jeg haft glæde af de teorier jeg har fundet hos psykoanalytiske forfattere som Margaret Mahler et al., (1975), Daniel Stern, (1985), og D. W. Winnicot, (1987). Jeg har imidlertid også hentet meget viden om menneskers psykologiske udvikling hos store skønlitterære forfattere, fra Shakespeare til Dostojevskij, og i biografier om svært forståelige mennesker som f.eks. Ian Kershaws (2000) Hitler biografi. Desuden findes der naturligvis indenfor psykiatrien mange forfattere der finder en biologisk forklaring på forekomsten af psykopatologi.

Alle disse forfattere er optaget af menneskers psykologiske udvikling og af det at være menneske under mere eller mindre gunstige og ugunstige omstændigheder. Nogle har fokus på udviklingen af forskellige former for psykopatologi, andre på udviklingen af forskellige politiske, religiøse, eller seksuelle holdninger, atter andre på udviklingen af misbrug, kriminalitet, eller aggressiv adfærd, og nogle har fokus på udviklingen af det optimalt fungerende, psykisk sunde menneske. Hvad deres fokus end er, bidrager de alle til en øget forståelse af menneskers uendeligt varierede udvikling og udviklingsbetingelser og af de uendeligt varierede måder man kan være menneske på.

Jeg finder det derfor vigtigt at den klient-centrerede terapeut ikke tager afsæt i nogen bestemt udviklingsteori, men i stedet bruger hele sit lager af viden om det at være menneske, hvor den end kommer fra, som klangbund for sin empatiske forståelse og ubetinget positive anerkendelse af klienten – og først og fremmest får kendskab til teorien om netop denne klients udvikling fra klienten selv.

#### ... og til sidst en bemærkning om idealer og realiteter

Enhver teori er, og vil altid være, en ideel abstraktion af virkeligheden, men forhåbentlig en abstraktion der er i rimelig overensstemmelse med virkeligheden. Dette betyder at den klient-centrerede terapeut der er beskrevet i dette kapitel er et ideal, eller det er billedet af den ”fuldt fungerende terapeut”, dvs. den terapeut jeg bestræber mig på at tilnærme mig, så tæt som muligt, i min daglige praksis. Det betyder også at overensstemmelsen mellem dette ideal og min faktiske praksis ikke altid er så tæt som jeg kunne ønske mig. Når jeg afviger fra en, for mig, tilfredsstillende tæt tilnærmelse til dette ideal, anser jeg min praksis for fejlagtig, dvs. som et signal til mig om at der er noget jeg må lære, noget jeg må ændre hos mig selv, og at tiden er kommet til selv-refleksion, konsultation med andre, supervision, eller lignende ... eller at det er tid til at holde ferie!

#### Referencer

Andersen, Ø. F., (2006): Flow og Fordybelse. København: Hans Reitzels Forlag

Bendix, Torben (1981): Din Nervøse Patient. København: Lægeforeningens Forlag.

Bozarth, Jerold (1998): Person-Centred Therapy: A Revolutionary Paradigm. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books

Brodley, Barbara (1998): Criteria for Making Empathic Responses in Client-Centred Therapy. *The Person-Centred Journal*, 5, 1.

- Brodley, Barbara (1999): Reasons for Responses Expressing the Therapist's Frame of Reference in Client-Centred Therapy. *The Person-Centred Journal*, 6, 1.
- Cain, D. (1989): The Paradox of Nondirectiveness in the Person-Centred Approach. *Person-Centred Review*, 4, (2), 123-131.
- Darwin, C. (1859): *The Origin of Species*. London: John Murray. (Facsimile edition, E. Mayr (Ed.), Harvard University Press, 1964)
- De Waal, F. (2006): *Our Inner Ape*. London: Granta Books
- Hoffman, M., (2000): *Empathy and Moral Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hougaard, Esben (1996): *Psykoterapi: Teori og Forskning*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Kahn, Edwin (1999): A Critique of Nondirectivity in the Person-Centered Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 39, 4.
- Kershaw, Ian (2000): *Hitler*. Allen Lane, The Penguin Press.
- Kirschenbaum, H. and Henderson, V. (1989): *Carl Rogers: Dialogues*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lambers, E. (1994): The Person-Centred Perspective on Psychopathology. In Mearns, Dave (1994): *Developing Person-Centred Counselling*, (pp. 105-120). London: Sage Publications.
- Mahler, M. S., Pine, F., and Bergman, A. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Mearns, Dave and Thorne, Brian (1999): *Person-Centred Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Patterson, Cecil H. (1995): A Universal System of Psychotherapy. *The Person-Centered Journal*, Volume 2, Issue 1, pp. 54-62.
- Patterson, F. G. P. and Cohn, R. H. (1990): Language Acquisition by a Lowland Gorilla: Koko's First Ten Years of Vocabulary Development. *Word*, 41, (2), pp. 97-143.
- Prouty, Garry (1994): *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*. Westport: Praeger.
- Rogers, Carl (1951): *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- 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, Carl (1975): Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counselling Psychologist*, 5 (2).
- Rogers, Carl (1986): Reflections of Feelings. *Person-Centred Review*, 1 (4). London: Sage Publications.
- Skinner, B. F. (1971): *Beyond Freedom and Dignity*. Indianapolis: Hackett Publishing Company
- Sommerbeck, Lisbeth (2004): Non-Linear Dynamic Systems and the Non-Directive Attitude in Client-Centred Therapy. *Person-Centred and Experiential Psychotherapies* 3 (4), 291-9
- Stern, Daniel N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Vitger, John (1999): Kurative Faktorer ved Psykoanalytiske Terapier. *Matrix*, 3, s. 200
- Warner, Margaret S. (1991): Fragile Process. In L. Fousek (Ed): *New Directions in Client-Centred Therapy: Practice with Difficult Client Populations*, (pp. 41-58). Chicago: Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center.
- Winnicott, D. W. (1987): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: The Hogarth Press.