

Udenfor Terapeutisk Rækkevidde?

En introduktion til præ-terapi

Lisbeth Sommerbeck, klinisk psykolog, Psykiatriveirksomheden, Bornholm

Udenfor terapeutisk rækkevidde

Mange af de dårligst fungerende patienter i psykiatrien er traditionelt blevet vurderet som værende "udenfor terapeutisk rækkevidde". De er tydeligvis ude af stand til at samarbejde om gennemførelsen af et almindeligt psykoterapeutisk forløb. Det drejer sig hyppigst om utilstrækkelig interesse i eller evne for 1) at fastholde et fokus, 2) at meddele sig forståeligt til terapeuten, 3) at forholde sig kritisk til sig selv med henblik på ændring og 4) at modtage input fra terapeuten. Disse patienters diagnoser kan variere, men som oftest er der tale om psykosediagnoser, hyppigst skizofreni. Der kan imidlertid også være tale om svært demente patienter eller om mentalt retarderede mennesker. Hvad der nu end måtte være deres diagnose er det et fællestræk ved dem at de opleves som værende "ude af kontakt". Andre har sjældent fornemmelse af hvad der foregår i dem, eller fornemmelsen er at der ikke forgår noget i dem, overhovedet.

Præ-terapi og klient-centreret terapi

Præ-terapi er en måde at være sammen med disse patienter på, der foregår aldeles på deres egne præmisser og ikke stiller nogen krav om bidrag til kontakten fra deres side. Præ-terapi kan bidrage til at bedre deres kontakt-evner og, som navnet antyder, bidrage til at de nogle gange bliver så velfungerende at de bliver i stand til at deltage i og få udbytte af et almindeligt psykoterapeutisk forløb.

Dette er demonstreret af den amerikanske psykolog Garry Prouty (1994), der udviklede præ-

terapi som en tilføjelse til Carl Rogers' klient-centrerede terapi.

I 1967 udkom rapporten om det forsøgsprojekt som Carl Rogers og hans medarbejdere gennemførte for at klarlægge effekten af klient-centreret psykoterapi på mennesker diagnosticeret med skizofreni. Rogers havde håbet at kunne demonstrere en positiv effekt, men resultaterne var skuffende. En analyse af rapporten (Sommerbeck, 2002) viser imidlertid at de skuffende resultater dels havde at gøre med forsøgspersonernes manglende motivation for terapi, dels med terapeuternes skuffede forventninger om at kunne forholde sig til disse patienter med empatisk forståelse. Præ-terapi er velegnet netop når der er tale om svigtende motivation hos patienten og/eller svigtende empatisk forståelse hos terapeuten.

Empatisk forståelse

Terapeutens kommunikation af empatisk forståelse af klientens verden, dvs. forståelse af klientens verden således som den opleves af klienten, anses for at være en afgørende terapeutisk faktor i klient-centreret terapi. Det er endvidere en af de non-specifikke "relations-faktorer" der anses for afgørende for et positivt udfald af enhver form for psykoterapi (Hougaard, 1996). En forudsætning for empatisk forståelse er imidlertid at klienten har et ønske om at meddele sig om sig selv og sin verden til terapeuten. Man kan sige at klienten er selv-ekspressiv eller narrativ. Dette synes imidlertid ikke at være tilfældet med de dårligst fungerende patienter i psykiatrien. De synes ikke, som de bedre fungerende klienter, at inkludere andre i deres ekspressivitet, forstået på den måde at de ikke i samme grad som bedre fungerende klienter, på baggrund af et minimum af empatisk indlevelse, tilpasser sig andres behov for relevant information ved at udtrykke sig på en måde, der øger sandsynligheden for at de selv vil blive forstået af andre. De tilpasser ikke deres ytringer i forhold til en modtager, sandsynligvis fordi de enten ikke er interesseret i at blive forstået, tager andres forståelse for givet lige meget hvordan de ytrer sig, eller, af forskellige grunde, ikke formår at gøre sig forstået. John Shlien (1961, p.296) sagde: "Sindet

opstår gennem en kommunikationsproces. Denne fordrer social interaktion på basis af "signifikante symboler" (almindeligvis ord). Et signifikant symbol er "refleksivt", dvs. brugen af det forudsætter tilstedeværelsen af et andet menneske, det forudser den andens reaktion, det indebærer en fornemmelse af hvordan den anden vil føle ... *Anerkendelse af den anden er af essentiel betydning for sindets eksistens fra først til sidst*" (John Shliens fremhævelse, nærværende forfatters oversættelse). Det er netop en ikke-ankendelse af den andens eksistens der synes at være af central betydning for andres oplevelse af at være "ude af kontakt" med psykiatriens dårligst fungerende patienter. Indtrykket er at disse patienter ikke i samme grad som bedre fungerende patienter ønsker at blive forstået af andre eller evner at gøre sig forståelig for andre. Garry Prouty bruger udtrykket "præ-ekspressiv" om disse patienter.

Præ-terapiens kontakrefleksioner

Præ-terapi tilpasser sig disse patienter ved ikke at fordrer terapeutens empatiske forståelse af dem. Der er ingen forventning til terapeuten om at kunne leve sig ind i hvad der måtte foregå "under huden" på patienterne, fordi de ikke ytrer sig på en måde der giver basis for denne form for indlevelse. I stedet for den klient-centrerede terapies empatiske refleksioner sætter præ-terapi de såkaldte kontakrefleksioner. Kontakrefleksionerne er en helt konkret spejling af patientens verbale såvel som nonverbale adfærd og af den konkrete realitet, patient og terapeut befinder sig i. Iflg. Garry Prouty befordrer de udvikling af patientens kontakt-evner, der inddeles i kontakt med sig selv (såkaldt affektiv kontakt), kontakt med andre (såkaldt kommunikativ kontakt) og kontakt med den ikke-sociale omverden (såkaldt realitetskontakt). Garry Prouty regner med 5 forskellige kontakrefleksioner:

1. Situationsrefleksioner

Terapeuten reflekterer den virkelighed eller det miljø der omgiver klienten, fortrinsvis de aspekter af det som klienten synes opmærksom på, eller må formodes at være opmærksom på, her og nu: "Solen skinner", "Der er nogen der taler ude på

gangen", "Din jakke er grøn", "Vi sidder begge to meget stille", "Rågerne laver en masse larm", osv.

Situationsrefleksioner har tendens til at facilitere positive ændringer i klientens realitetskontakt.

2. Kropsrefleksioner

Terapeuten reflekterer klientens kropsholdning eller bevægelser, enten ved kropslig imitation eller ved verbal refleksion eller begge: "Du ser over på opslagstavlen", "Du holder hovedet i hænderne", "Du kigger lige frem for dig", "Vi ser på hinanden". Terapeuten ryster på hovedet og siger: "Du ryster på hovedet, jeg ryster på hovedet"; terapeuten holder hænderne for ørerne når klienten holder hænderne for ørerne, eller terapeuten går frem og tilbage ved siden af klienten og siger "Vi går frem og tilbage på gulvet".

Kropsrefleksioner har tendens til at facilitere positive ændringer i klientens kontakt med sin egen krop (realistisk kropsbillede, realitetskontakt).

3. Ansigtsrefleksioner

Terapeuten reflekterer hvad han ser i klientens ansigt, eller de følelser han synes afspejler sig i klientens ansigtsudtryk: "Der er tårer i dine øjne", "Der er et smil om dine læber", "Du ser bekymret ud", "Du ser bønfoldende på mig", "Du ser vredt på mig", osv. Refleksion af de følelser terapeuten synes han ser i klientens ansigt markerer en overgang til den empatiske refleksion af klientens indre oplevelsesverden der er karakteristisk for almindelig klient-centreret terapi. Ofte bringer en ansigtsrefleksion et nyt følelsesmæssigt udtryk frem på klientens ansigt og det er da vigtigt også at reflektere dette. Hvis terapeuten for eksempel har sagt "Du ser vredt på mig" og klienten så ser bange ud, siger terapeuten: "Du ser bange ud".

Ansigtrefleksioner har tendens til at facilitere positive ændringer i klientens affektive kontakt.

4. Ord for ord refleksioner

Terapeuten reflekterer, ord for ord, hvad klienten netop har sagt. Med klienter hvis tale virker usammenhængende og "ordsalat"-agtig, og måske indeholder ord terapeuten ikke forstår (såkaldte neologismer), reflekterer terapeuten de ord, sætninger, eller sætningsfragmenter som han

forstår, eller de ord, sætninger, eller sætningsfragmenter som synes at være mest meningsfulde for klienten.

K (klient): Det er alt sammen – den seksuelle ting er alt hvad der er – almindelig og generel.

T (terapeut): Den seksuelle ting er alt hvad der er, almindelig og generel.

K: De tog mig ud – de giver mig det for at blødgøre mig for det.

T: De giver dig det for at blødgøre dig for det.

Ord for ord refleksioner har tendens til at facilitere positive ændringer i klientens kommunikative kontakt.

5. Gentagne refleksioner

Terapeuten gentager en kontakrefleksion som tilsyneladende virkede befordrende for klientens kontaktfunktion. Den foregående dialog fortsætter således:

K: For at forberede mig.

T: For at forberede dig.

(Pause)

T: Du sagde: De giver mig det for at blødgøre mig for det

K: De forbereder mig med medicinen, det er det den er til.

(Senere i samtalen fortæller klienten med indignation om at hendes psykiater ønsker et seksuelt forhold til hende og forbereder hende til det med medicin).

Jeg-Du kontakt eller Vi-kontakt

Psykiatriens dårligst fungerende patienter kan nogle gange opleve en almindelig jeg-du kontakt, der hele tiden markerer adskillelsen og grænsen mellem en selv og den anden som truende og konfronterende. Med disse patienter kan det være hensigtsmæssigt at begrænse brugen af 1. og 2. persons entals pronominerne ("jeg" og "du") og i stedet, når det overhovedet er muligt, omforme sit sprogbrug så man kan benytte "man", "vi", "den", "det", "han", "hun", "de", osv. Dette giver patient og terapeut en mulighed for at fokusere på et fælles "tredje", i stedet for det ofte skræmmende fokus på patienten. Tilsvarende kan det være hensigtsmæssigt at terapeuten ikke sidder overfor patienten, men snarere skråt for patienten eller

måske endda ved siden af. Der tilstræbes en kontakt båret af en "vi"-følelse snarere end af en "jeg-du"-følelse. (Se i øvrigt Palle Villemoes (1989), der, inspireret af Lacans teorier, har beskrevet en ikke-konfronterende samtalestil med psykotiske patienter.)

Kontakrefleksionernes atmosfære

Eksemplerne i afsnittet om de 5 kontakrefleksioner skulle gerne have givet et indtryk af kontakrefleksionernes helt usædvanlige konkrethed. Terapeuter som arbejder med patienter hvis kontaktfunktioner er bedre, og mere solidt og stabilt fungerende, gør sig sjældent klart hvor forholdsvis højt et abstraktionsniveau deres empatiske forståelse af deres patienter som oftest befinder sig på, fordi deres patienter udtrykker sig på det samme høje abstraktionsniveau og med henblik på at deres terapeut skal forstå dem. Dette er imidlertid ikke tilfældet med mange demente, psykotiske, mentalt retarderede og, især, autistiske patienter. Mange forsøg på at få kontakt med disse patienter går langt hen over hovedet på dem og lykkes derfor ikke. For almindeligt fungerende voksne, som f.eks. personale i psykiatrien, er det svært at vænne sig til at fungere på kontakrefleksionernes konkrete niveau og det tager tid. Min egen erfaring med brug af kontakrefleksioner er kun fem-seks år gammel og jeg er først igennem de sidste par år begyndt at føle mig helt tilpas med deres konkrethed.

Da jeg begyndte at bruge kontakrefleksionerne kunne de næsten føles som en hån mod patienten, eller som om jeg gjorde grin med ham/hende, fordi mine refleksioner var så bogstaveligt lige netop det: refleksion eller spejling. Jeg overkom denne følelse ved at tænke på forholdet til små børn. Voksne reflekterer, spontant og kærligt, babyer og små børn helt bogstaveligt. De siger: "Th, hvor du kravler hurtigt", eller "Sikke et stort smil", eller "Du farver det rødt over det hele", osv. og de venter interesseret og kærligt på hvad barnet mon nu vil gøre. Som tiden er gået, og efterhånden som jeg har oplevet kontakrefleksionernes positive virkning på kontakten mellem mig og min patient, er jeg kommet til at opleve

deres konkrethed som et blidt udtryk for mit ønske om at være i kontakt med klienten. De udtrykker min accept af patientens åbenbare adfærd, og mit ønske om fortsat at være sammen med patienten på patientens præmisser. De fleste af mine kontakrefleksioner svæver blødt et sted mellem en erklæring, som ville have været en hån, på den ene side, og et spørgsmål, som ikke alene ville have været en hån men også et forstyrrende indgreb, på den anden side. Det er, for mig, et vigtigt, måske det vigtigste, aspekt ved kontakrefleksionerne at de har gjort mig i stand til at være sammen med patienter, der almindeligvis trækker sig tilbage fra kontakt med andre, på en måde der intet kræver af patienten, og ikke griber forstyrrende ind i patientens egen proces, dvs. på en måde der er ubetinget accepterende. Dvs. at jeg med hjælp af kontakrefleksionerne kan være sammen med disse patienter på en måde der opfylder den klient-centrerede terapies vigtigste krav til terapeuten: At forholde sig til patienten med ubetinget accept. Kontakrefleksionerne hjælper mig med at møde disse patienter "hvor de er", på en måde der føles ægte "klient-centreret".

Præ-terapi og nyere psykoanalytisk udviklings-teori

Den oplevede lighed mellem kontakrefleksionernes konkrethed og voksnes refleksion af små børn er ikke tilfældig. Hans Peters (2005) har skrevet om den nære forbindelse mellem Garry Proutys understregning af kontakrefleksionernes betydning for svært kontaktforstyrrede patienters positive udvikling og Daniel Sterns (1985) understregning af betydningen af forældres imitative "atunement" til deres små børn for børnenes positive udvikling. Kontakrefleksionerne kan siges at have til hensigt at repræsentere terapeuten optimale "atunement" til præ-ekspressive patienter.

Præ-terapiens bredde

Det er værd at nævne at de præ-terapeutiske kontakrefleksioner kan anvendes med alle mennesker der opleves som værende "ude af kontakt", ikke blot psykotisk tilbagetrukne eller de-

mente patienter. Der er også gjort positive erfaringer med brug af kontakrefleksionerne med intellektuelt retarderede (Prouty, 1994); med mennesker som er tilbagetrukne som følge af en kombination af depression og intellektuel retardering (Prouty og Cronwall, 1990); og med gadebørn i Brasilien (Morato, 1991). Hvad angår patienter der lider af demens er det naturligvis ikke målet med anvendelse af kontakrefleksioner at genetablere disse menneskers kontaktfunktioner på det præ-morbide niveau, men at facilitere deres brug af disse funktioner på det aktuelt mest optimale niveau.

Kontakrefleksionerne giver ikke alene den klient-centrerede terapeut, men også alt andet personale i den "tunge psykiatri", en vej til en mere meningsfuld kontakt, og et gensidigt mere tilfredsstillende samvær med de patienter som det traditionelt er allersværest at have kontakt med. Det er, tror jeg, enestående for præ-terapien at personale der træner i anvendelsen af præ-terapi ikke spørger om hvem der er "gode nok" til at kunne have glæde af denne terapiform men tværtimod om hvem der er "dårlige nok". For første gang synes der at være udviklet en systematisk beskrivelse af en kontaktform som de allermest forstyrrede patienter og de mennesker der omgås dem til daglig kan have glæde af. Især Marlis Pörtner (2003) har beskrevet hvorledes præ-terapiens kontakrefleksioner, og den klient-centrerede holdning de er båret af, kan anvendes af plejepersonale og socialpædagogisk personale på plejehjem, i behandlingskollektiver, væresteder, opgangsfællesskaber, aktivitetscentre osv.

Præ-terapi kan således både anvendes som et led i den daglige omgang og det daglige kontaktarbejde med disse svært forstyrrede patienter og som en afgrænset psykoterapeutisk behandlingsform.

Når præ-terapi anvendes som afgrænset psykoterapeutisk behandlingsform kræver det som oftest at terapeuten er eneansvarlig for etablering af kontakten i kortere eller længere tid. Der forventes ikke noget medansvar fra patientens side. Terapeuten opsøger simpelthen patienten og går uden videre i gang med det præ-terapeutiske

arbejde. Indgåelse af aftaler om tid og sted, etc., ligger udenfor disse patienters formåen og/eller interesse. Terapeuten kan kun lave aftaler med sig selv om hvor, hvornår, hvor hyppigt og hvor længe han eller hun vil gennemføre en præ-terapeutisk session med patienten. Typisk vil stedet være patientens værelse på en institution og tiden vil være når patienten er at finde på værelset i den sandsynligvis mest modtagelige tilstand. Dette kræver fleksibilitet af terapeuten og villighed til nogle gange, især i begyndelsen, at gå forgæves. Det kræver også tålmodighed og et langt tidsperspektiv. Med de allerdårligst fungerende patienter er der tale om arbejde over flere år (Poli, 2005). Varigheden afhænger imidlertid også af kvaliteten af den kontakt patienten i øvrigt tilbydes i det daglige.

Dion van Werde (2005) har beskrevet arbejdet på en afdeling for psykotiske patienter hvor præ-terapi (og klient-centreret terapi) ikke blot foregår i afgrænsede sessioner, men også er basis for det samlede miljøterapeutiske arbejde.

Dion van Werde (ibid.) har også brugt udtrykket "gråzone-kontakt" til betegnelse af kontakten med noget bedre fungerende patienter der hyppigt svinger henover grænsen mellem at være selv-ekspressive og forståeligt narrative og at være præ-ekspressive eller uden evne/interesse for at gøre sig forståelig. Det er med denne gruppe patienter jeg selv har erfaring med brugen af præ-terapi. De har typisk psykose-, skizofreni-, og borderline diagnoser.

Med disse "gråzone" patienter vil terapeuten ofte opleve den gunstige effekt af kontakttrefleksioner indenfor en enkelt session. Det betyder naturligvis ikke at patienten derefter forbliver stabilt fungerende på et selv-ekspressivt niveau. I den næste session vil terapeuten typisk finde patienten ligeså præ-ekspressiv og "ude af kontakt" som ved starten af den foregående session. Kun langsomt forbedres patientens kontakt med sig selv, med andre, og med omverdenen på mere blivende vis. Præ-terapi er, så lidt som noget andet, en mirakelkur.

Det er karakteristisk for det terapeutiske arbejde med "gråzone" patienter at terapeuten følger patientens øjeblikkelige kontaktniveau ved at skifte mellem præ-terapiens kontakttrefleksioner og den klient-centrerede terapi empatiske refleksioner afhængigt af om terapeuten har en forestilling om hvad der foregår "under huden" på patienten eller ej.

I denne forbindelse skal det understreges at det er vigtigt kun at bruge kontakttrefleksionerne når man ikke kan indleve sig empatisk i patientens oplevelsesverden. Hvis kontakttrefleksionerne bruges med selv-ekspressive og narrative patienter, hvor empatisk refleksion er mulig, vil de meget nemt kunne blive opfattet som latterliggørende. På dette punkt kræves der særlig finfølelse og fingerspidsfølelse af terapeuten.

Eksempler

Følgende dialogeksempel vil forhåbentlig yderligere klargøre den foregående teoretiske introduktion til præ-terapi. For at sikre patientens anonymitet er der foretaget ændringer i det faktuelle indhold, dog således at det væsentlige i samtalen, den præ-terapeutiske og klient-centrerede proces, er uberørt. I eksemplet er situationsrefleksioner markeret med SR, kropsrefleksioner med KR, ord-for-ord refleksioner med OR, ansigtsrefleksioner med AR, gentagne refleksioner med GR og empatiske refleksioner med ER.

Terapeuten (T) opsøger patienten (P) (diagnose: paranoid skizofreni) på P's værelse til den 8. samtale og P forholder sig meget imødekommende overfor T's ønske om samtale og rydder en stak tøj væk fra en stol så T kan sidde ned. T rykker stolen så hun kommer til at sidde lidt nærmere patienten og skråt for denne.

T: Jeg tænkte på om der var noget du kunne ha' lyst til at fortælle mig i dag, om hvordan du har det, og om hvordan du ser på tingene?

P: Jeg har det godt

T: Du siger at du har det godt og ser meget bestemt på mig? (OR, AR)

P: Ja, jeg har det godt, det er et faktum

...Pause, hvor P kigger ned i skødet. Ved lyden af stemmer fra gangen kigger P mod døren.

T: Der er nogen der taler ude på gangen. (SR)

P: Ja, den ene er K (en sygeplejerske)

...Pause, hvor P igen kigger ned i skødet.

T: Du siger at du har det godt - og nu kigger du ned og er stille. (GR, KR)

P: Ja, jeg har det godt når jeg bevæger mig, går tur og sådan, men det er ikke så godt at løbe - og jeg er holdt op med at spise.

T: Når bare du kan bevæge dig, bare ikke løbe, så har du det godt, og så har du mistet appetitten, er det rigtigt? (ER)

P: Ja, og så er det godt at jeg er helt ude af partiet.

T: Det er en lettelse at være kommet helt ud af det? (ER)

P: Ja, jeg er bare ikke helt ude af de, jeg får stadig deres blad, og jeg kan ikke læse det, det var en fejltagelse at jeg meldte mig ind i partiet, jeg kan ikke finde ud af det - jeg skal ha' afmeldt det blad.

T: Partiet var virkelig for meget og du trænger til at få afmeldt bladet, det vil være en lettelse? (ER)

P: Ja jeg trænger til at få afmeldt bladet og omadresseret min post, så kan jeg få det godt - men jeg har det godt her.

T: Så hvis du fik afmeldt bladet og omadresseret din post, så kunne du bedre falde til ro her, er det sådan du har det? (ER)

P: Ja, netop, det ville være godt.

...Pause, hvor P rykvis drejer hovedet og stirrer forskellige steder hen...

T: Du vender og drejer hovedet og kigger rundt (KR)

P: Min far er Hitler.

T: Du skærer tænder og siger "Min far er Hitler" (AR, OR)

P: Han har slagtet min mor, han er Hitler, og danskerne er hans Hitleryngel.

T: Han er Hitler og danskerne er hans Hitleryngel. (OR)

P: Ikke alle danskere, men han har slagtet min mor, og hvis han gør det en gang til slagter jeg ham.

T: Du har det så du vil slagte ham, hvis ... (Afbrudt empatisk refleksion)

P: Ja, han har tortureret min mor hele livet, psykisk terror, hun er jøde, hvis Hitler skadede hende - Gud ville slagte ham, jeg er Gud.

T: Du siger "Jeg er Gud", og du har det lissom du tror Gud ville ha' det hvis Hitler skadede din mor fordi hun er jøde, er det sådan? (OR, ER)

P: Ja, og jeg er ikke bange for Hitler, jeg er ikke bange for nogensomhelst

T: Du ryster på hovedet og smiler og siger "Jeg er ikke bange for Hitler, eller ... (KR, AR, OR)

P: Ja, jeg er ikke bange, det er jeg glad for, men hvorfor skal han være så rådden, sidst jeg så ham havde han noget gammel ost med, jeg tror han bare lige havde hevet det ud af køleskabet, det lugtede dårligt og der var mug på, men jeg tog alligevel en bid og det smagte ad helvede til ... jeg smed det hele ud.

T: Du synes alt det han kommer med... (Afbrudt empatisk refleksion)

P: Ja, hvorfor skal han være så provokerende?

T: Lissom "Hvorfor fanden kan du ikke købe noget ordentligt til mig, som jeg kan li', i stedet for at komme med efterladenskaberne fra dit køleskab"?(ER)

P: Ja, jeg synes aldrig han gi'r andet fra sig end lort, jeg kan ikke klare at være i nærheden af ham.

I resten af samtalen fordyber P sig yderligere i forholdet til faderen uden indslag af psykotiske forestillinger. P er nu tydeligvis mere interesseret i at blive forstået af T, der svarende hertil har mere nuancerede forestillinger om P's indre oplevelsesverden og derfor kan forholde sig rent empatisk reflekterende til patientens fortælling. (Læsere der er interesserede i brugen af klient-centreret, ikke-direktiv og empatisk reflekterende, terapi i psykiatrien henvises til Sommerbeck, 2004, der også indeholder et afsnit om præ-terapi og er rigt illustreret med dialogeksempler). I sidste del af samtalen oplever T en gensidighed i kontakten med P, der svarer til den kontakt der er karakteristisk for psykoterapi med mere stabilt selv-ekspressive og narrative patienter. Samtalen slutter således:

T: Mhmm ... Ved du hvad, vi skal til at slutte, men jeg kunne godt tænke mig at komme igen engang i næste uge hvis det er i orden for dig.

P: Ja, jeg synes det er rart at snakke med dig, så nu skal jeg bare ha' afmeldt det blad og omadresseret min post ... jeg vil spørge om en af sygeplejerskerne vil hjælpe mig med det med det samme.

T: OK, så ses vi engang i næste uge.

Tog P forlader værelset sammen og går i hver sin retning, T med et "Hej" som P besvarer med sit "Hej".

Bemærk den tiltagende bedring af patientens kontaktfunktioner i løbet af samtalen og umiddelbart efter denne, da han gør noget ved sit ønske om at gøre sig helt færdig med partiet. Patienten vedblev dog mange gange endnu i de senere samtaler

at kigge sig abrupt og rykvist rundt efter hvad der viste sig at være Hitleryngel, der svævede i luften. Bemærk også at T ikke forsøger at lave en egentlig aftale om næste møde med P. På dette tidspunkt hviler opretholdelsen af kontakten endnu alene på T's skuldre, men T er begyndt at antyde et forløbs-og fremtidsperspektiv og bestræber sig på at kontakte denne patient to gange om ugen på den samme tid på de samme ugedage. Om alt forløber vel vil P snart være parat og vente på T på disse tidspunkter.

For at give et indtryk af bredden af præ-terapiens anvendelsesområde følger til slut et eksempel med en dement kvinde, E. Der er tale om en tidligere meget velfungerende kvinde, som nu lider af Alzheimer's demens. E er svigermor til L og eksemplet viser således hvordan pårørende også kan have glæde af præ-terapi i samværet med deres kontaktforsyrrede slægtninge, når andre former for kontaktforsøg slår fejl.

E tager aldrig initiativ til kontakt og tilbringer det meste af sin tid i sit værelse eller i beboernes fælles dagligstue med at sove eller stirre frem for sig. Hvis man nærmer sig hende med spørgsmål eller kommentarer, der kræver bevidsthed om tidligere erfaringer eller fremtidige muligheder eller noget som helst andet end den mest konkrete bevidsthed om "her og nu" situationen, bliver hun tydeligt utilpas og nogen gange endda frygtsom.

L finder hende ved havevinduet, stirrende frem for sig som sædvanlig. L sætter sig ned ved siden af hende, vender sig mod hende og tager hendes hånd. L ved at E kan lide denne fysiske kontakt.

L: Jeg holder dig i hånden. (SR)

E: (Vender sig mod L og smiler til hende).

L: Jeg holder dig i hånden og du smiler til mig. (SR, AR)

E: (Smiler endnu bredere).

L: Vi sidder ved siden af hinanden og du ser glad ud. (SR, AR)

E: Jeg er glad. Ser jeg pæn ud? (Idet hun siger dette, ser hun ned på sin kjole og glatter nogle

folder på den. Dette er et stort skridt fremad, fordi hun normalt ikke viser interesse for noget som helst).

L: Du spørger om du ser pæn ud, og du glatter folderne på din kjole. (OR, KR)

E: Ja, jeg kan godt li' at være pænt klædt på.

L: Ja, du kan li' at se pæn ud. (OR) (L smiler til hende, giver hendes hånd et lille klem, og de sidder en stund i tavshed).

.....

E: (Ser ud af vinduet).

L: Du ser ud af vinduet – på træerne og buskene og den lille dam. (KR, SR)

E: Og fuglen.

L: Du ser på fuglen på stenen i dammen. (KR, SR)

E: Ja, se, den ta'r bad!

L: Ja!

(L og E kigger lidt på at fuglen bader).

E: Hvor er vi?

L fortæller hende det og nyder i stilhed E's demonstration af initiativ og interesse.

Dialogen fortsætter på tilsvarende vis en stund endnu, indtil E's øjne begynder at lukke sig, L tier stille, og E falder i søvn.

Referencer

Hougaard, E. (1996): *Psykoterapi – teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.

Morato, Henriette (1991): Pré-contato com a Pré-terapia do Dr. Garry Prouty. *Boletim Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa*, (12), pp. 3-4.

Peters, Hans (2005): Pretherapy from a Developmental Perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 45, 1, pp. 62-82.

Poli, Elenia (2005): Paolo: The Rediscovery of the Contact and of the World. *International Pre-Therapy Review*, Vol. 4, n. 4. pp. 11-12

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

Prouty, G. & Cronwall, M. (1990): Psychotherapeutic Approaches in the Treatment of Depression in Mentally Retarded Adults. I Dosen, A. & Menolascino, F. (Eds.): *Depression in Mentally Retarded Children and Adults*. Leiden, The Netherlands: Logon Publications, pp. 281-293.

Pörtner, Marlis (2003): Den Person-Centredede Metode i Arbejde med Sindslidende, Mentalt Retarderede og Demente Mennesker. København, Hans Reitzel.

Rogers, Carl (1959): A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. I E. Koch (red.): *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.

- Shlien, John M. (1961): A Client-Centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. I Burton, Arthur (red.): *Psychotherapy of the Psychoses* (pp. 285-317). New York: Basic Books.
- Sommerbeck, Lisbeth (2002): The Wisconsin Watershed – Or the Universality of CCT. *The Person-Centered Journal*, Volume 9, Number 2, pp. 140-157.
- Sommerbeck, Lisbeth (2004): Klient-Centreret Terapi i Psykiatrien. København, Akademisk Forlag.
- Stern, Daniel N. (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books.
- van Werde, Dion (2005): Facing Psychotic Functioning: Person-Centred Contact Work in Residential Psychiatric care. I Joseph, S. & Worsley, R. (red.): *Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Villemoes, Palle (1989): Hur Jaget Struktureras. Om jagstrukturerande psykoterapi. Psykoterapienheten i Härnösand.