

Terapeut og klient – veje og vildveje i samarbejdet

Nogle overvejelser

16 |



AF STEPHEN S. MATHIASEN,
PSYKOLOG

Terapeutiske faktorerers virkningsgrad

I de senere år er både forskere og behandlere i stigende grad blevet optagede af, hvilke forudsætninger i relationen mellem klient og terapeut, der vil kunne give de bedste betingelser for et vellykket, terapeutisk samarbejde.

Den løsningsfokuserede terapeut Steve de Shazer har engang sagt, at for terapeutens vedkommende skal udgangspunktet for mødet med klienten være at føle sig heldig over netop at skulle samarbejde med den klient, der træder ind ad døren, samt altid at møde klienten med en grundlæggende venlighed. Det lyder måske banalt, men at tage det til sig er langt fra banalt, f.eks. når man møder en klient, der med vrede reagerer over for nødvendigheden af at indgå i en samtale om sin situation og ikke umiddelbart kan forstå, at terapeuten ikke kan nøjes med at læse i papirerne.

Man kan forfalde til at vurdere, at klienten ikke er motiveret for behandling, og dermed afskære sig fra et mere empatisk og anvendeligt udgangspunkt, der drejer sig om, at alle klienter er motiverede. Kunsten er at hjælpe dem med at finde ud af, hvad de er motiverede for, og dernæst indgå i en forhandling, der bevæger sig inden for det muliges grænser.

I bogen "The Heart and Soul of Change – What Works in Therapy" af Hubble, Duncan og Miller, udgivet af den amerikanske psykologforening, gøres der nogle overvejelser over, hvad der virker i terapi og ikke mindst over modsætningen mellem, hvad terapeuter tror, der virker, og hvad der så faktisk gør det. Ved at analysere eksisterende undersøgelser finder man frem til en procentvis virkningsgrad af fire hovedområder:

- Faktor der handler om klientens personlige og eksterne ressourcer.
- Relationen mellem klient og terapeut.
- Klientens håb og tro på behandlingens virkning.
- Terapeutens metoder.

De fire områder tildeles følgende virkningsgrader i forhold til behandlingens effektivitet:

Klientressourcer:	40%
Relationen:	30%
Forhåbninger:	15%
Metoder:	15%

Det pudsige er, at mange terapeuter vil tildele deres metoder en langt større vægt i vurderingen af, hvad der er afgørende for en vellykket behandling. Selv om de non-specifikke faktorerers betydning har været kendt længe, så lader det til at være en viden, vi terapeuter har endog meget svært ved at tage til os. Når jeg stilles over for den-



ne viden, lægger jeg mærke til, hvordan jeg efter en stund begynder jeg at tænke: "jo - men den klientgruppe jeg arbejder med, er nu noget særligt."

Forandring og dens faser

Vi har tendens til at undervurdere faktorer, som forskningen viser er betydningsfulde. Samtidig skal det understreges, at dette ikke giver belæg for at hævde, at det at have en metode er ligegyldigt, - tværtimod. Metoder er naturligvis nødvendige, men de er generelt set mere effektive, hvis man er opmærksom på den sammenhæng, de gerne skulle være virksomme i.

Diskussionerne omkring ens egen metodes fortræffelighed i sig selv eller i forhold til andre metoder får også et andet perspektiv, når vi som behandlere erkender, at almene faktorer som respektfuld kommunikation, indlevelsessevne, varme og rummelighed har større vægt med hensyn til udfaldet af behandlingen end forskelle i specifikke metoder. Man kan sige, at den sammenhæng metoden skal være virksom i, er klientens ressourcer, og de nævnte almene faktorer er byggestenene i den relation, der opbygges. Disse faktorer tilsammen skulle så have en virkningsgrad på 70%, altså temmelig stor betydning for et effektivt behandlingsforløb.

De almene faktorer er imidlertid ikke blot udtryk for "bløde værdier." For at blive effektive i behandlingen, skal de kombineres med en forståelse af klientens proces med udgangspunkt i hans personlige og eksterne ressourcer. Det betyder, at vi må foretage et tilstrækkelig præcist skøn med hensyn til baggrunden for klientens henvendelse, hvad klienten ønsker og hvor klienten er med hensyn til at omsætte sine ønsker til forpligtende handling. Med andre ord hvor klienten er i sin forandringsproces.

Der er nu forskningsmæssigt belæg for at hævde, at den metode man anvender i psykoterapi kun bliver et effektivt redskab i en forandringsproces, når den ses i sammenhæng med, hvor klienten befinder sig i sin proces mod forandring. Uanset problematik kræver en forandring en aktiv indsats fra klientens side, hvor diminutiv den end måtte være. I forhold til denne parathed kan man opstille et kontinuum bestående af følgende faser.

Før-overvejelse. Klienten gør sig ingen overvejelser om, at situationen kan eller skal være anderledes. Enten oplever klienten ikke, at der er et problem, (det gør måske kun sagsbehandleren, hustruen eller børnene) eller der er en smertefuld tilstand, men den betragtes som "fact of life" eller det anses for utænkeligt, at det skulle kunne

være anderledes. Relationen mellem klient og terapeut kan her metaforisk beskrives som en, hvor klienten er en gæst. For at være synergisk afstemt efter denne forståelse, må terapeutens tiltag sigte på at skabe de bedste betingelser for at etablere en relation, der kan give klienten mulighed for at nå frem til den næste fase. At forsøge i dette stadie at få klienten til at blive aktiv i sin forandringsproces vil blot sætte relationen under pres med risiko for, at man forpasser chancen for, at klienten på et senere tidspunkt går aktivt ind i processen. Eller man risikerer at kontakten afsluttes i utide.

En mere passende intervention vil eksempelvis være at tale med klienten om, hvad der har fået ham til at henvende sig, eventuelt kombineret med psykoedukative tiltag.

Næste fase er **overvejelserfasen**. Operationelt beskrives denne fase således, at klienten gør sig overvejelser om forandring inden for et givet tidsrum. Her vil man som terapeut opleve klienten fremføre sine problemer som "klager." Hvad dette indebærer i forhold til klientens egen indsats, er ikke klart, men han er parat til at gøre sig sine overvejelser. I denne fase er det afgørende, at terapeuten ikke presser på med hensyn til konkrete ændringer eller mentale strategier, men støtter klienten i en afklaringsproces. Det kan

være at fokusere på de undtagelser fra problemet, der måtte forekomme.

Klienten kan være plaget af angstfyldte erindringer og opdager måske i samtale med terapeuten, at samværet med børnene befordrer en mere nærværende tilstand, der kan danne en form for modvægt mod smertefulde erindringer. Terapeuten anerkender, at der især i denne fase kan være tale om ambivalens: Nyttet det noget? Hvad får jeg ud af at gøre noget? Lagttagelser og overvejelser af denne art kan siden bruges i mere fremadrettede strategier.

Forberedelsesfasen. Nu er klienten parat til at indgå drøftelser omkring en realistisk målsætning for behandlingen. Klienten kan inddrages som en aktiv samarbejdspartner; det er nu muligt at få etableret en bæredygtig arbejdsalliance. Terapeuten kan nu begynde at invitere til drøftelse af, hvilke mål der kan arbejdes på.

I **handlingsfasen** skal terapeuten give plads til klientens selv-beroende adfærd. Terapeuten kan her stå på sidelinien og opleve, hvordan klienten påtager sig ansvaret for forandringsprocessen. Der er en fortsat opmærksomhed på, hvornår det er hensigtsmæssigt at være henholdsvis mere aktiv og mere passiv i processen.

Afhængig af klientens tilstand vil der være flere forandringsprocesser

igang samtidigt. Det stiller krav til terapeuten, men er samtidig også den professionelle udfordring, der skærper terapeuten faglige behændighed.

I **konsolideringsfasen** drejer det sig om at få forankret ændringerne, eventuelt kombineret med en forberedelse af klienten på stilstand eller tilbagefald, så disse ikke i sig selv immobiliserer ham og fratager ham den nyvundne selvtillid.

Afslutningsfasen vil for vores klients vedkommende ofte være et uopnåeligt mål, hvis man definerer denne fase som udtryk for en fuldstændig restitution, der indebærer, at klienten helt og holdent kan håndtere sine vanskeligheder. Det vil også være sjældent, at det er forandringsprocessen og dens forløb, der bestemmer afslutningsfasen. Ofte vil der være tale om, at det er omfanget og kvaliteten af det samarbejde, som OASIS kan få etableret med henviser, der er afgørende for, hvornår denne fase indtræder.

At samstemme intervention og fase

Den fase, klienten befinder sig i ved behandlingsstart, vil kunne sige noget om chancen for at etablere en behandlingsalliance og dermed opnå et vellykket forløb. Hvis klienten befinder sig i en tidlig fase, er der mindre sand-

synlighed for et vellykket forløb, end hvis klienten befinder sig i en senere. Hvordan et forløb former sig fra en af de tidlige faser til en senere, er naturligvis individuelt og afhængig af mange faktorer. En af de terapeutiske udfordringer ligger i sammen med klienten at finde frem til de områder, hvor der er et forandringspotentiale i de problemstillinger, han eller hun møder op med.

En anden central problematik er de vanskeligheder, som terapeuten støder på i sine forsøg på at etablere en behandlingsalliance. Hvis vi som terapeut tager initiativ til tiltag og interventioner, der ikke er afstemt efter den ændringsfase, klienten befinder sig i, vil vores bestræbelser i bedste fald være virkningsløse, i værste fald vil de føre til, at vi er med til at blokere for, at klienten bevæger sig frem til den næste fase. Hvis en klient eksempelvis er plaget af angstfyldte genoplevelser og befinder sig i en tidlig fase, hvor klienten ingen erfaring overhovedet har vedrørende effekten af egen indsats og mental træning, vil forsøg på at involvere klienten i sådanne opgaver blot føre til, at terapeuten opleves med manglende indføling og forståelse for klientens situation. Det betyder, at relationen bliver sat under pres, hvilket ikke er befordrende for at klienten bevæges fra den ene fase til den næste.

Et andet eksempel på uoverensstemmelse mellem intervention og forandringsfase er, hvor terapeuten er for styrende og vejledende i en situation, hvor klienten er nået frem til en fase, hvor han eller hun er parat til at tage over og være igangsættende. I en sådan situation løber man ligeledes risiko for at være fastholdende i stedet for forandringsfremmende.

Hvis en klient er belastet af søvnvanskeligheder, men samtidig ved sin adfærd inden indsovning handler på en måde, der ikke er befordrende for søvnen, vil den terapeutiske indsats i begyndelsen være af psykoedukativ art. Klienten befinder sig i før-overvejelserfasen. Den psykoedukative indsats munder så ud i en afklaring af, hvad den nye viden ville betyde i forhold til klientens konkrete situation og adfærd. Eksempler på adfærd, der ikke er søvnbefordrende, er f.eks. at se nyhedsudsendelser fra hjemlandet inden sengetid, bruge tiden på angstfyldte erindringer, at drikke kaffe og ryge cigaretter m.m.

Terapi og kulturafhængighed

At indtænke denne fasemodel for forandring i behandlingsarbejdet med flygtninge kan både være afklarende og inspirerende for tilgangen til be-

handlingsprocessen. Blot skal man stadig holde sig for øje, at denne synsvinkel og model ingenlunde er kulturafhængig. Mødet mellem behandler og klient er også mødet mellem forskellige kulturelle udgangspunkter vedrørende opfattelser og forklaringer på sundhed og sygdom, og hvad der fører fra det ene til det andet.

Vi møder klienten med implicitte antagelser om virkelighedens natur og om hvad der er væsentligt. At forbigå de riscisi, der er ved at ophøje egne kulturelle præmisser til almene gyldige principper, er ensbetydende med ikke at leve op til den kultursensitive opgave, der ligger i ethvert møde med et menneske fra en anden kultur. Den opgave indebærer ikke at bortkaste egen viden og indsigt, men at gøre sig klart, at den hviler på forudsætninger, der ikke er universelle.

Her ligger den store udfordring i at finde balancen mellem anerkendelsen af eget udgangspunkt og indsigt, og så det at turde indtage en position af uforudindtaget åbenhed over for den klient, der træder ind ad døren.

Reference: Mark A. Hubble, Barry L. Duncan, Scott D. Miller; The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. American Psychological Association, Washington, DC 1999.

