



UDEN FOR TERAPEUTISK RÆKKEVIDDE?

Præ-terapi er en måde at være sammen med de dårligst fungerende patienter i psykiatrien. Terapien foregår aldeles på patienternes egne præmisser og stiller ikke nogen krav om bidrag til kontakten fra deres side.

Mange af de dårligst fungerende patienter i psykiatrien er traditionelt blevet betragtet som "uden for terapeutisk rækkevidde". De er tydeligvis ude af stand til at samarbejde om at gennemføre et almindeligt psykoteraeutisk forløb. Det drejer sig hyppigst om utilstrækkelig interesse i eller evne for at fastholde et fokus, at meddele sig forståeligt til terapeuten, at forholde sig kritisk til sig selv med henblik på ændring, og at modtage input fra terapeuten.

Disse patienters diagnoser kan variere, men oftest er der tale om psykosediagnoser, hyppigst skizofreni. Der kan også være tale om svært demente patienter eller om mentalt retarderede mennesker. Hvad der nu end måtte være diagnosen, 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 klientcentreret 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 kontaktevner og til, at de nogle gange bliver så velfungerende, at de bliver i stand til at deltage i og få udbytte af et almindeligt psykoteraeutisk forløb.

Dette er demonstreret af den amerikanske psykolog Garry Prouty (1994), der udviklede præ-terapi som en tilføjelse til Carl Rogers' klient-centrerede terapi. (Rogers, 1951)

I 1967 udkom rapporten om det forsøgsprojekt, som Carl Rogers og hans medarbejdere gennemførte for at klarlægge effekten af klientcentreret psykoteraeutik 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 eller svigtende empatisk forståelse hos terapeuten.

Empatisk forståelse

Terapeutens kommunikation af empatisk forståelse af klientens verden, dvs. forståelse af klientens verden, som den opleves af klienten, anses for at være en afgørende terapeutisk faktor i klientcentreret terapi. Det er endvidere en af de nonspecifikke "relations-faktorer", der anses for afgørende for et positivt udfald af enhver form for psykoteraeutik (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. Dette synes imidlertid ikke at være tilfældet med de dårligst fungerende patienter i psykiatrien. De synes ikke at inkludere andre i deres ekspressivitet, dvs. de tilpasser sig ikke 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 ikke formår at gøre sig forstået.

John Shlien (1961, p. 296) sagde: "Anerkendelse af den anden er af essentiel betydning for sindets eksistens fra først til sidst" (min 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.

Kontaktrefleksioner

Præ-terapi tilpasser sig disse patienter ved ikke at fordre terapeutens empatiske forståelse af dem. Der er ingen forventning til terapeuten om at kunne leve sig ind i, hvad der måtte fore-



► ► ► gå "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 terapier empatiske refleksioner sætter præ-terapi de såkaldte kontakrefleksioner. Kontakrefleksioner-

ne er en helt konkret spejling af patientens verbale såvel som nonverbale adfærd og af den konkrete realitet, patient og terapeut befinder sig i. Ifølge Garry Prouty befordrer de udvikling af patientens kontaktevner, der inddeles i kontakt med sig selv (såkaldt affektiv kontakt), kontakt med andre (såkaldt kommunikativ kontakt) og kontakt med den ikke-soziale omverden (såkaldt realitetskontakt). Garry Prouty regner med fem 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 krops-

billede, 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 bøn-

faldende 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 klientcenteret 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".

Ansigtsrefleksioner 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 (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.

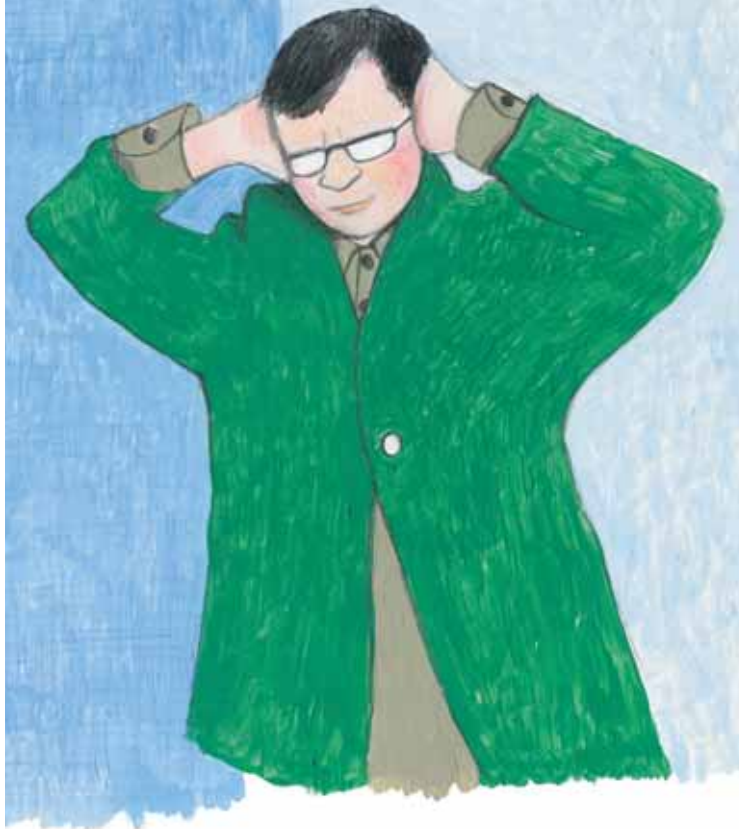
T (terapeut): Den seksuelle ting er alt, hvad der er almindelig og generel.

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 kontaktre-



fleksion, 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 én selv og den anden som truende og konfronterende.

Med disse patienter kan det være hensigtsmæssigt at begrænse brugen af pronominerne "jeg" og "du" og i stedet, når det overhovedet er muligt, omforme til "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 over for patienten, men snarere skråt for 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 Villemoes, 1989)

Kontaktrefleksionernes atmosfære

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 ab-

straktionsniveau og med henblik på, at deres terapeut skal forstå dem.

Dette er imidlertid ikke tilfældet med mange de-

mente, 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 ikke. For fx 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 år begyndt at føle mig helt tilpas med deres konkretethed.

Da jeg begyndte at bruge kontakrefleksionerne, kunne de næsten føles som en hån mod patienten, 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: "Ih, 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 konkretethed 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 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 forventes ikke noget medansvar fra patientens side. Terapeuten opsøger simpelt hen patienten og går uden videre i gang med det præ-terapeutiske arbejde. Indgåelse af aftaler om tid og sted etc. ligger uden for disse patienters formåen eller interesse.



- ► ► der er ubetinget accepterende. Dvs. at jeg med hjælp af kontakrefleksionerne kan være sammen med disse patienter på en måde, der opfylder den klientcentrerede 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 "klientcentreret".

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 demente 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 optimale niveau.

Kontakrefleksionerne giver ikke alene den klientcentrerede 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 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 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 oftest, at terapeuten er eneansvarlig for at etablere kontakten i kortere eller længere tid. Der forventes ikke noget medansvar fra patientens side. Terapeuten opsøger simpelt hen patienten og går uden videre i gang med det præ-terapeutiske arbejde. Indgåelse af aftaler om tid og sted etc. ligger uden for disse patienters formåen eller interesse. Terapeuten kan kun lave aftaler med sig selv om, hvor, hvornår, hvor hyppigt og hvor længe han 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 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





Eksempel på DIALOG

Følgende dialogeksempel kan tjene til at klargøre den teoretiske introduktion til præ-terapi. For at sikre patientens anonymitet er der foretaget ændringer i det faktuelle indhold, dog er det væsentlige i samtalen, den præ-terapeutiske og klientcentrerede proces, 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.

Diagnose: *paranoid skizofreni*. Terapeuten (T) opsøger patienten (P) på P's værelse til den 8. samtale, og P forholder sig meget imødekommende over for T's ønske om samtale og rydder en stak tøj væk fra 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 have 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 har 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 have 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 kun-

- ▶ ▶ ▶ (og klientcentreret terapi) ikke blot foregår i afgrænsede sessioner, men er basis for det samlede miljøterapeutiske arbejde.

Dion van Werde (ibid.) har også brugt udtrykket "gråzonekontakt" til at betegne kontakten med noget bedre fungerende patienter, der hyppigt svinger hen over grænsen mellem at være selv-ekspressive og forståeligt narrative og at være præ-ekspressive eller uden evne til og 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 kontakrefleksioner inden for en enkelt session. Det betyder naturligvis ikke, at patienten derefter forbliver stabilt fungerende på et selvekspressivt niveau. I den næste session vil terapeuten typisk finde patienten lige så præ-ekspressiv og "ude af kontakt" som ved begyndelsen 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 kontakrefleksioner og den klientcentrerede terapies empatiske refleksioner, afhængigt af om terapeuten har en forestilling om, hvad der foregår under huden på patienten.

I denne forbindelse skal det understreges, at det er vigtigt kun at bruge kontakrefleksionerne, når man ikke kan indleve sig empatisk i patientens oplevelsesverden. Hvis kontakrefleksionerne 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.

*Lisbeth Sommerbeck, klinisk psykolog,
ansat ved Psykiatrivirksomheden,*

Bornholms Regionskommune.

*Forfatter til Klientcentreret Terapi i
Psykiatrien. Akademisk Forlag, 2004*



ne 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 Hitler-yngel.

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 én gang til, slagter jeg ham.

T: Du har det, så du vil slagte ham, hvis ... (Afbruddet 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, ligesom du tror Gud ville have 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 nogen som helst.

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 ... (Afbruddet empatisk refleksion)

P: Ja, hvorfor skal han være så provokerende?

T: Ligesom "Hvorfor fanden kan du ikke købe noget ordentligt til mig, som jeg kan lide, i stedet for at komme med efterladenskaberne fra dit køleskab?" (ER)

P: Ja, jeg synes aldrig, han giver 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. 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 en gang 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 have 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.

(T og 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 Hitler-yngel, 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.





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.

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

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-Centret Terapi i Psykiatrien. København, Akademisk Forlag.

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.

Psykologer og andre med interesse for klientcentreret terapi og præ-terapi og for Carl Rogers' arbejde på andre områder mødes i Dansk Carl Rogers Forum. Interesserede kan få yderligere oplysninger på www.carlrogers.dk.