

EN GUIDE TIL
INTEGRAL PSYKOTERAPI
– TERAPI OG SPIRITUALITET I PRAKSIS

MARK D. FORMAN



I AM

1

Integral terapi og principperne for integral psykoterapi



Integral terapi er først og fremmest udviklet af Ken Wilber, som er en af verdens mest læste og oversatte nulevende filosoffer og teoretikere. Integral teori er grundlæggende en *filosofi baseret på syntese*. Wilbers hovedbidrag har været at knytte et bredt spektrum af tankeretninger sammen, som tilsyneladende er vidt forskellige (S. McIntosh, 2007). Det har han gjort inden for psykoterapien samt mellem det terapeutiske område som sådan og de esoteriske, meditative traditioner (Wilber, 1973, 2000; Wilber, Engler, & Brown, 1986). Selvom terapeuter i høj grad har påskønnet Wilbers indsigter, har praksis i, hvordan man omsætter hans idéer om psykoterapi dog ikke altid stået klart for dem. Wilber er ikke selv klinisk terapeut, og derfor virker det naturligt, at opgaven med at se nærmere på disse idéers betydning for virkelige klienter i virkelige terapeutiske situationer bliver pålagt os udøvere, der arbejder med teorierne.

Vi indleder dette med nogle bemærkninger, der sætter det integrale system og dets grundlæggende intention ind i en kontekst. Derefter beskriver vi modellens fem grundbestanddele – *kvadranter, stadier, linjer, tilstande og typer* – idet vi forholder os til de praktiske overvejelser og udelader unødigt komplekse teorier.¹ Disse fem bestanddele af teorien, som behandles mere indgående i senere kapitler, præger den integrale psykoterapis grundlæggende principper. Til sidst definerer vi de vigtigste psykoterapeutiske tilgange, som den integrale metode tilstræber at sammenfatte. Det skal siges, at dette kapitel i sagens natur er bogens mest generelle. De følgende kapitler rummer flere nuancer, forslag og idéer med direkte relevans for psykoterapi. Læserne opfordres derfor til at læse kapitlet til ende – også selvom man allerede kender til integral teori – da de idéer, der fremlægges her, udgør fundamentet for resten af bogen.

Den integrale metodes overordnede formål

Den integrale models hovedformål er, hvis man skal prøve at sige det kortfattet, at lære at sætte forskellige områder inden for menneskelig viden sammen, så de supplerer hinanden. Integral teori tilstræber at sammenfatte flest mulige synspunkter inden for en given problematik med henblik på at opnå mangesidige og effektive løsninger på såvel individuelle som sociale problemer.

Hvorfor gør folk ikke allerede det? Hvorfor er der brug for en integrerende metode? Dette spørgsmål kan til en start besvares ved at pege på det moderne problem *overspecialisering*, de forskellige forskningstraditioners og teoretikers tilbøjelighed til at holde sig inden for en ganske snæver niche og/eller perspektiv, og samtidig ignorere, hvad alle andre foretager sig. Overspecialisering viser sig på mange måder både inden for og uden for vores felt. Inden for psykoterapien har en af de negative konsekvenser været det væld af terapeutiske modeller og metoder, der er dukket op. Nogle skønner, at der findes op til 400 forskellige systemer (Garfield & Bergin, 1994; Karasu, 1986). Ofte sker der det, at folk, der skaber nye modeller og metoder, anstrenger sig nøje for at adskille det, de gør, fra tidligere modeller og metoder, uden noget forsøg på at inddrage eller tage højde for værdierne i dem. Problemer med hyperdifferentiering og teoretisk splittelse kan ifølge den integrale metode betragtes som symptomer på et større filosofisk problem, hvad enten de opstår inden for psykoterapien eller i andre praktiske eller akademiske discipliner. Og dette problem kan koges ned til det, vi som regel svarer på nogle særdeles basale spørgsmål som: ”Hvad er virkeligt? Hvad er vi reelt i stand til at forstå om os selv og universet? Og hvordan kan vi opnå denne viden?”

Spørgsmål som disse er gennem tiden blevet besvaret på mange grundlæggende forskellige måder. Ydermere har der ofte ligget uovervejede forhåndsantagelser til grund for svarene, der er blevet brugt til at benægte eller afvise andre synspunkter. Hvis f.eks. en biolog betragter humanbiologi som den virkelige biologi, og at menneskelige tanker og følelser blot er en udvidelse af den, så er han eller hun mindre tilbøjelig til at betragte psykologi som ligeværdig i forhold til biologiske eller neurologiske fakta. På samme måde kan en psykolog tilsidesætte eller bagatellisere politiske og økonomiske spørgsmål, fordi de ud fra hans eller hendes specifikke orientering er sekundære i forhold til barndomsoplevelser. Der er et hav af måder, hvorpå ens hovedorientering og professionelle observans kan bruges til at nedgøre andre synspunkter.

Selvom specialisering som sådan ikke nødvendigvis er et onde – der sker store fremskridt, når folk fokuserer intenst på én ting – men det bliver problematisk, når de forskellige indsigter og forståelser fra forskellige synspunkter ikke kan sættes i brugbar relation til hinanden. Når fagfolk og intellektuelle ikke kan tænke ud fra mange perspektiver og finde værdien i konkurrerende synspunkter, kan det have mærkbare negative virkninger, både når det drejer sig om komplekse individuelle problemer, og når de stridende idéer om det virkelige kæmpes på historiens store skueplads (Wilber, 1995).

Den integrale model repræsenterer en konstruktiv respons på overspecialisering og udgør det næste træk i forhold til intellektuel dialog og praktisk anvendelse. Den tilstræber at træde et skridt tilbage og identificere de generelle principper, der kan bidrage til at integrere eller skabe meningsfulde forbindelser mellem de forskellige discipliner på ny. Modellen påpeger specifikt, at der kan etableres direkte forbindelse mellem de forskellige psykoterapeutiske skoler og spirituelle retninger samt mellem de hårde (biologi, kemi etc.) og bløde videnskaber (statskundskab, økonomi etc.), kunst og moral. For at gøre det helt klart og tydeligt, følger her den integrale filosofis grundtanker:

- Hvad der er virkeligt og betydningsfuldt, afhænger af ens perspektiv.
- Alle har i det mindste delvist ret i det, de anser for virkeligt og betydningsfuldt.
- Når vi sammenfatter disse delvise perspektiver, kan vi udarbejde et mere fuldkomment og brugbart sæt sandheder.
- En persons perspektiv afhænger af fem centrale faktorer:
 - Hvordan personen opnår viden (personens primære perspektiv, værktøjer eller disciplin).
 - Niveauet, personens identitetsudvikling befinder sig på.
 - Personens udviklingsniveau på andre vigtige områder eller linjer.
 - Personens specifikke tilstand på ethvert givet tidspunkt.
 - Personens personlighedsstil eller -type (herunder den kulturelle og kønsbetingede stil).

Disse aspekter af den integrale betragtningsmåde kaldes for AQAL, hvilket står for alle kvadranter, alle niveauer, alle udviklingslinjer, alle tilstande og alle typer.

Lad os illustrere dette yderligere ved at se på en terapeutisk situation med

en deprimeret, udearbejdende og enlig mor, som har opdragelses- og adfærdsproblemer med sin viljestærke fireårige søn. Vi forestiller os, at moren konsulterer fire forskellige terapeuter. Den første terapeut har en individuel samtale med moren om hendes følelser ved at være mor og hendes forhold til sine egne forældre. Denne terapeut anbefaler et længere terapiforløb, hvor hun får bearbejdet problemerne i sin egen barndomsfamilie. Den anden terapeut anlægger en mere behavioristisk tilgang og betragter samspillet mellem mor og barn gennem et observationsvindue. Denne terapeut tilbyder moren vejledning i kommunikationsfærdigheder, rådgivning om at sætte grænser og hjælp til at strukturere deres fælles tid. Den tredje terapeut, der er psykiater, ser primært på familiens genetiske og temperamentsmæssige dispositioner og foreslår, at moren på grund af sin depression kan have gavn af medicin og motion. Den fjerde terapeut, som er socialarbejder, bemærker, at moren er belastet af sine økonomiske problemer og sætter hende i forbindelse med en socialrådgiver i kommunen for at se, om hendes økonomi og uddannelsesniveau kan styrkes.

Lad os desuden tage med i vores betragtninger, at disse terapeuter adskiller sig fra hinanden på andre måder end gennem deres faglige orientering og de terapeutiske metoder, de anbefaler. En af dem har måske mere erfaring end de andre. En anden har selv været deprimeret for nylig. En er født og opvokset i Japan, mens de andre er født og opvokset i USA. Den integrale tilgang betyder kort sagt, at alle disse terapeutiske orienteringer og metoder, såvel som hvert eneste af disse individer, bidrager med noget vigtigt i forhold til denne ene klient. Vi kan da også sammenfatte deres indsigter og behandlingsmetoder på en struktureret og komplementær måde.

Grundlæggende om de fire kvadranter

Hvordan ville det se ud, hvis vi tog for givet, at hver eneste af disse terapeuter havde vigtige sandheder og tilgange at tilbyde? Og hvordan kan vi organisere disse sandheder og metoder, der følger med dem, uden at blive overvældet af dem? Vi kan bedst forstå, hvordan integral teori begrebsliggør denne multiperspektiviske tilgang ved at tage udgangspunkt i kvadrantmodellen. Denne model er nærmest et metanarrativ for integral teori – den er det bagtæppe, alt andet betragtes ud fra. Den uddyber også vores første princip for integral psykoterapi.

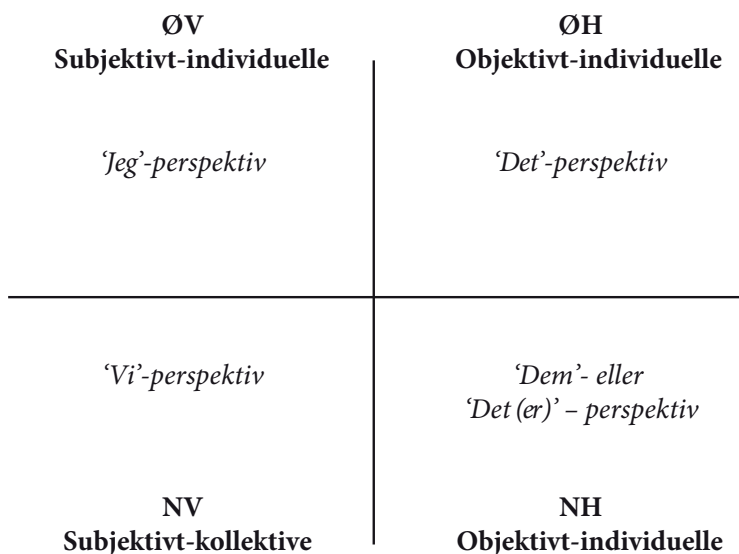
Første princip: Integral psykoterapi accepterer, at klientens liv med al rimelighed kan betragtes ud fra fire overordnede hovedperspektiver: et subjektivt-individuelt, et objektivt-individuelt, et subjektivt-kollektivt og et objektivt-kollektivt perspektiv. Vurdering af en sag, og terapeutiske indfaldsvinkler med afsæt i et af disse fire perspektiver, opfattes som både gyldige og potentielt nyttige inden for psykoterapi.

Kvadrantmodellen beskriver fire grundlæggende perspektiver, som mennesker bruger til at anskue virkeligheden. Når vi stiller spørgsmålet: ”Hvad er virkeligt, vigtigt og sandt?” er vi hver især tilbøjelige til hyppigst at svare ud fra et af disse overordnede perspektiver. Selvom hvert af disse perspektiver anses for gyldige i den integrale betragtning, adskiller de sig også fra hinanden på betydningsfulde måder. Ud fra det perspektiv man anlægger, vil man beskrive fænomenerne forskelligt og bruge forskellige metoder til at indsamle og evaluere materialet.

Den første vigtige inddeling i kvadrantmodellen er mellem synsvinkler, der anskuer tingene *subjektivt* eller *indefra*, og *objektivt* eller *udefra*. Venstre side af modellen repræsenterer det subjektive, og højre side repræsenterer det objektive. Den anden hovedinddeling er mellem det *individuelle* og det *kollektive*. Det individuelle perspektiv vises i øverste halvdel, og det kollektive i den nederste.

I psykoterapeutisk sammenhæng er der f.eks. nogle, som primært beskæftiger sig med klientens subjektive (eller intrapsykiske) tanker, følelser og erindringer som årsagen til en given problemstilling. Dette er et subjektivt-individuelt perspektiv, som hører til øverste venstre kvadrant (ØV). Andre fremhæver vigtigheden af at forstå mennesker ved at se på intersubjektive relationer, først og fremmest i forhold til familie, parforhold og andre socialt og kulturelt betingede relationer. Dette er et subjektivt-kollektivt perspektiv, som hører til nederste venstre kvadrant (NV).

Modsat er der nogle terapeuter, der har personens biologi og genetik i fokus, når de forsøger at forstå vedkommendes psykiske problemstillinger. Dette er et objektivt-individuelt perspektiv, som hører til øverste højre kvadrant (ØH). Adfærdsrelaterede indfaldsvinkler hører, af grunde som vi ser på senere også til denne kategori. Sidst, men ikke mindst er der andre terapeuter, der lægger vægt på klientens sociopolitiske situation og hans eller hendes adgang til politiske systemer, sundhedsvæsen, uddannelse og boligforhold. Dette er et objektivt-kollektivt perspektiv, som hører til nederste højre perspektiv (NH).



Figur 1.1. Et visuelt overblik over kvadrantmodellen

Med en uddybende oversigt kan de fire kvadranter udspecificeres på følgende måde:

ØV-kvadranten repræsenterer det subjektivt-individuelle. Dette er første person-perspektivet eller jeg-perspektivet. Den vigtigste form for viden fra dette perspektiv er den direkte fænomenologiske oplevelse – det, som personen oplever i tanker og følelser, som kun han eller hun selv har direkte adgang til. Som vi kommer nærmere ind på, har denne kvadrant at gøre med klientens identitetsmæssige udviklingsstadiet, bevidsthedstilstand, stemningsleje, følelser, kognitive strategier, fantasier og erindringer.

NV-kvadranten repræsenterer det subjektivt-kollektive. Dette har at gøre med anden person- eller vi-perspektiverne. De fælles værdier, betydninger og meninger, der kun er tilgængelige gennem dialog og empati mellem mennesker. I psykoterapeutisk sammenhæng står denne kvadrant for klientens nære relationer, familieoplevelser samt kulturelle baggrund og værdier.

ØH-kvadranten repræsenterer det objektivt-individuelle, tredje person- eller det-perspektivet. Viden fra dette perspektiv opnås gennem forskellige empiriske tiltag som biologi, kemi, neurologi etc. Disse kaldes undertiden

også for monologiske (Wilber, 1995), forstået på den måde, at dialog ikke er påkrævet. Informationen indhentes ved hjælp af upersonlig observation. Adfærdsmæssige interaktioner hører til i denne kvadrant, fordi adfærd lader sig observere udefra uden at inddrage tanker, følelser eller empati (man kan f.eks. observere, at et skolebarn forstyrrer timen med upassende adfærd uden egentlig at tale om situationen). Alt i alt har denne kvadrant at gøre med blandt andet klientens genetiske disposition, neurologiske og øvrige helbredstilstande, stofmisbrug og adfærd (i almindelighed, motion, søvn etc.).

NH-kvadranten repræsenterer det objektivt-kollektive, tredje person-, dem eller det'er-perspektivet. Dette omfatter de økologiske og sociale systemers virke, som også kan forstås ved hjælp af upersonlig observation. Denne kvadrant fokuserer på samfundets ydre strukturer og systemer, hvilket i denne sammenhæng indebærer klientens socioøkonomiske status, vedkommendes arbejde eller uddannelse, påvirkninger fra sundhedsvæsenet og/eller fra juridiske eller politiske systemer. Også det naturlige miljø må ud fra dette perspektiv betragtes som en betydningsfuld faktor i klientens liv (herunder klientens adgang til naturen, til rent vand, frisk luft etc.).

Yderligere aspekter af kvadrantmodellen

Nu hvor vi har fremlagt modellens grundbegreber, er vi nødt til at fremhæve yderligere to aspekter af kvadrantteorien, der har afgørende betydning for resten af bogen.

Den første pointe er, at *de fire kvadranter kan betragtes som fire komplementære perspektiver på ethvert givet fænomen*. Hver af de fire synsvinkler har sin egen sandhed, og når vi sammenstiller alle fire perspektiver, får vi det mest fuldkomne billede, der er muligt på det givne tidspunkt. Vi kan også se en sammenhæng mellem de fire perspektiver. De er indbyrdes forbundet på vigtige punkter.

Som eksempel kan vi se på en enkelt tanke (Wilber, 1997) som: ”Jeg vil gerne have et parforhold.” Det er en tanke, folk ofte tager op i terapi. Hvad kan vi sige af *reelt* og *sandt* om denne tanke?

Nogle vil betragte tanken ud fra dens ØV-aspekt: Den subjektive mening, følelsen af at ønske sig en kæreste, som oplevet af den person, der tænker tanken. I terapi kan vi med dette udgangspunkt hjælpe klienten med at udforske tanken og den ledsagende følelse, for at hjælpe ham eller hende med

at nå frem til en klarere og mere autentisk fornemmelse af motivationen bag den.

Andre vil betragte tanken ud fra dens ØH-aspekt: hjernens neurokemi og den adfærd, der svarer til ønsket om have et parforhold. Hvis tanken f.eks. er ledsaget af depressive følelser, kan man overveje den negative neurokemi, som tanken udvikler, i særdeleshed hvis klienten tidligere har haft en depression eller er genetisk disponeret for depression. Man kan også overveje adfærden – hvilke objektive handlinger kan klienten foretage sig for at komme videre med tanken. Kan han eller hun f.eks. afprøve nye måder at møde potentielle partnere på?

Atter andre vil betragte tanken ud fra NV-aspektet, som fremhæver den kendsgerning, at ønsket om at få et parforhold er præget af personens kulturelle og familiære baggrund og den betydning, parforhold har i disse grupper. Med specifikt fokus på kulturen, bemærker Wilber (1997): ”Det kulturelle fællesskab tjener som iboende baggrund og kontekst for alle individuelle tanker, [en person] måtte have” (s. 11). Oversat til en terapeutisk sammenhæng: Hvordan opfattes parforhold og romantik i klientens specifikke kulturelle gruppe eller familie? Har det høj eller lav prioritet? Hvilke måder at møde en potentiel partner og indlede et forhold på anses for passende? Hvordan defineres kønsrollerne i familien eller kulturen? Og stemmer klientens værdier overens med hans eller hendes families eller kulturs værdier, eller er de i strid med hinanden?

Endelig kan tanken betragtes ud fra sit NH-aspekt. Et parforhold indebærer aktiviteter og handlinger, der finder sted i naturlige omgivelser og i realistiske økonomiske og sociale sammenhænge. Det vil sige, at parforholdet kan fungere ret så forskelligt, afhængigt af personens alder, økonomiske- og juridiske status og det politiske og naturlige miljø, der omgiver vedkommende. Har personen tid til at indlede et nyt parforhold lige nu, eller har vedkommende et job, hvor han eller hun arbejder 70 timer om ugen? Har personen allerede børn, står han eller hun midt i en separations- eller skilsmisseproces, der gør det hele mere kompliceret? Bor personen i omgivelser, hvor det er muligt at møde en potentiel partner, eller kræves der noget ekstra på det punkt af vedkommende?

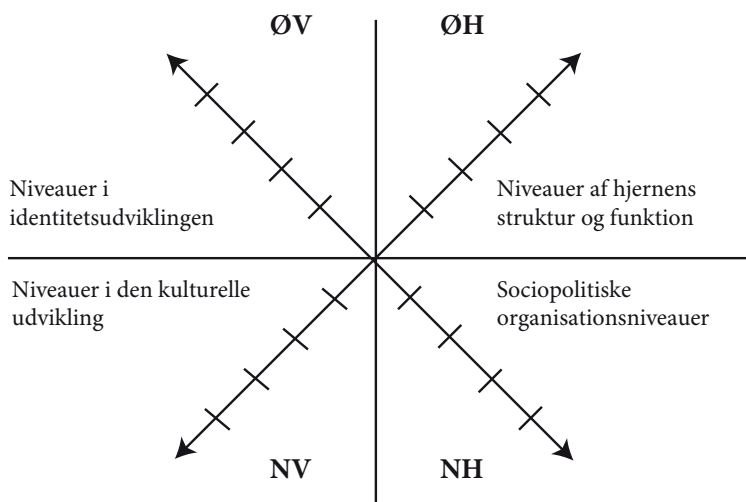
Dette er blot nogle få eksempler. Der er mange andre faktorer, vi kan tage i betragtning og flere spørgsmål, vi kan stille. Men vi kan se, at hvis vi virkelig skal have en fuld forståelse af denne tanke – den bedste fornemmelse af, hvad

det virkelig vil sige 'gerne at ville have et parforhold' – er vi nødt til i en vis grad at tage alle fire perspektiver i betragtning. Hvis vi udelader et af dem, får vi et begrænset billede af klientens aktuelle situation.

Sagt på en anden måde: Fordi kvadrantmodellen fastholder, at hver af disse betragtninger af tanken er lige gyldige, sigter modellen mod at udvikle multiperspektivisk viden. *Integral teori lægger vægt på multiperspektivisk viden ud fra den grundantagelse, at når vi indhenter viden fra flere synsvinkler, når vi med meget større sandsynlighed frem til noget, der er tættere på sandheden, end vi ellers ville have gjort.* I denne bogs videre forløb vil denne form for viden og dens udviklingsmæssige og praktiske implikationer blive vendt og drejet mange gange. Hvorfor er det nødvendigt at understrege dette? Fordi mange ikke tænker på denne måde og ofte foretrækker mere ukomplicerede forklaringer og løsninger baseret på en enkelt årsag, selvom det er en kendsgerning, at de fleste mennesker (i særdeleshed terapeuter) bliver konfronteret med temmelig komplekse problemstillinger, som trodser den slags nemme løsninger. Det burde være ganske naturligt for terapeuter at indse, at enhver given historie har mange sider. Kvadrantmodellen tager fat i denne sandhed og præciserer den.

Det andet aspekt af modellen, vi ser nærmere på, er, hvordan kvadranterne forholder sig til den integrale metodes øvrige faktorer – til niveauer, udviklingslinjer, tilstande og typer. Kort fortalt findes der karakteristiske niveauer, udviklingslinjer, tilstande og typer set ud fra hver enkelt kvadrants perspektiv. Eksempelvis rummer ØV-kvadranten: 1) niveauer i selv- eller identitetsudviklingen, 2) forskellige udviklingslinjer eller kompetencer som følelsesmæssige, moralske og kreative færdigheder, 3) forskellige forbigående kognitive og følelsesmæssige tilstande, som ændrede bevidsthedstilstande, søvntilstande og regressive tilstande, og 4) forskellige personlighedsstile eller -typer som maskulin og feminin.

Det samme gør sig gældende for NV-kvadranten. Der findes forskellige kulturelle udviklingsniveauer, som mytisk-religiøse samfund og rationelle samfund. Flere forskellige linjer eller færdigheder, som kulturer kan lægge vægt på eller kultivere som kunst, videnskab eller religion. Diverse forbigående tilstande, som kulturer kan opleve som kollektiv sorg eller glæde, og forskellige kulturelle typer eller stilarter, som opfattes som enten kollektivistiske eller individualistiske. Vi kan også se niveauer, udviklingslinjer, tilstande og typer fra de højre kvadrants perspektiver. Figur 1.2 viser en simpel illustration af niveauerne (på en enkelt udviklingslinje) i de forskellige kvadranter.



Figur 1.2. Kvadrantmodel med udviklingsniveauer

I denne bog fokuserer vi primært på niveauer, udviklingslinjer, tilstande og typer i de venstre kvadranter, især i ØV. Dette perspektiv er det bedste udgangspunkt for psykoterapeutisk praksis.² Psykoterapi har dog altid med alle fire kvadranter at gøre, som det fremgår af kapitel 2.

Stadier (eller niveauer)

Udviklingsniveauer – eller kompleksitetsniveauer – er vigtige at tage i betragtning, uanset hvilken kvadrants perspektiv man tager som udgangspunkt. I ØV-kvadranten er identitetsudviklingens stadier eller niveauer særligt betydningsfulde. De udgør et af den integrale psykoterapis afgørende fokuspunkter og har gennemgribende implikationer for mental sundhed, psykisk sygdom og terapeutiske metoder. Vigtigheden af identitetsudviklingens stadier udgør den integrale psykoterapis andet princip.

Andet princip: Integral psykoterapi accepterer, at klientens identitetsudvikling har en væsentlig indvirkning på det terapeutiske møde, herunder det præsenterede problems form og sværhedsgrad, den terapeutiske samtales kompleksitet og de terapeutiske tilgange, der kan være til

gavn. Desuden har terapeutens egen identitetsudvikling indflydelse på vedkommendes evne til at indleve sig empatisk og fuldstændigt i klientens udfordringer og problemer.

Inden vi uddyber dette princip yderligere, skal det slås fast, at når vi forsøger at beskrive mennesker ud fra niveauer eller stadier, taler vi ikke om noget, der gør den ene person bedre end den anden. At sige at en person befinder sig i et bestemt udviklingsstadium, er ikke en bedømmelse af vedkommendes iboende værdi eller kvaliteter. *Folk er gode, præcis som de er.*³ Modellen er blot et forsøg på at forstå, hvordan mennesker vokser og udvider deres evne til at finde mening med tilværelsen, og hvordan terapeuter kan bruge denne forståelse til at befordre vækst og heling hos deres klienter og sig selv. Robert Kegan (1982) – en udviklingsorienteret psykoterapeut, som bliver citeret i denne bog flere gange – fastslog: ”Mennesker kan ikke være mere eller mindre gode end andre. Den enkelte person har en ukrænkelig integritet. Men visse stadier ... kan være mere eller mindre gode end andre” (s. 292).

Det aspekt af sindet, der udvikler sig gennem niveauer, er det, Wilber (2000) kaldte *selvsystemet*, og som vi også kalder *selvet*. Selvsystemet er både identitetscenteret og centret for meningskabelse hos os. Det er den primære referenceramme, vi projicerer over i os selv og vores omverden. Det er med til at bestemme vores oplevelsers generelle dybde og kvalitet. Som det fremgår senere, er det også det udviklingsaspekt, som har størst betydning for psykiske lidelser. Den integrale model tilskriver selvsystemet følgende egenskaber:

- Det er personens identifikationscentrum (jeg versus ikke-jeg).
- Det giver (eller forsøger at give) sindet struktur og sammenhæng.
- Det er centrum for den frie vilje.
- Det er centrum for forsvarsmekanismerne.
- Det bearbejder oplevelser.
- Det er derfra, personen navigerer – herfra kan der enten holdes fast i eller gives slip på identifikationen.

Senere i bogen gennemgår vi denne model mere dybdegående, men der er nogle vigtige punkter omkring selvsystemets udvikling, der er værd at nævne allerede her.

For det første går den integrale model ud fra, at selvet kan udvikle sig gennem tre overordnede stadier – de præpersonlige, personlige og transpersonlige – samt gennem en identifikationsform, der kaldes nondual identifikation, som teknisk set ikke er noget stadie (af grunde, der vil blive redegjort for senere).

Modellens første stadier er *præpersonlige* eller præegoiske af natur. Præpersonlighed vil sige, at personligheden eller egoet (en mental fornemmelse af jeg'et) endnu ikke har samlet sig helt, eller at den på anden måde er temmelig skrøbelig. Identiteten er centreret i kroppen og i følelserne. Det er hovedsageligt mindre børn, man finder i disse stadier, selvom det også er muligt at finde voksne i dette stadie. Det er f.eks. en måde at forstå alvorlige personlighedsforstyrrelser hos voksne på.

De næste stadier er *personlige* eller egoiske af natur. Her er selvet primært mentalt. Personligheden og egoet er mere færdigdannet. De fleste mennesker, i alle aldersgrupper fra større børn og opefter, befinder sig i disse stadier. De forskellige personlige stadiers udfordringer, behov og færdigheder afviger imidlertid i væsentlig grad fra hinanden. Den måde, hvorpå en terapeut kan arbejde med en klient i et af de tidlige personlige stadier er ofte markant anderledes i forhold til, når det drejer sig om en person i de senere personlige stadier.

Modellens næste stadier er *transpersonlige* eller transegoiske af natur. Ordet transpersonlig betyder, at personen ikke længere primært identificerer sig med sit mentale, egoiske selv eller sin personlighed, men snarere oplever sig selv på en måde, vi reelt kan kalde for mystisk. Her er det vigtigt at understrege, at når en person er identificeret i disse stadier, er det ikke ensbetydende med, at personen ikke har noget fungerende ego, eller at hans eller hendes ego er fuldstændig sundt. At være i de transpersonlige stadier betyder snarere, at personen ikke længere *identificerer* sig primært eller udelukkende med egoet. Han eller hun er ikke længere fastbundet til en livsfortælling, individuelle kendetegn eller et bestemt selvbillede – selvom egoet stadig fungerer.

Den integrale models sidste identifikationsform kaldes *nondual identifikation* eller nondual realisering, og den betegner den tilsyneladende dybeste selvforståelse, et menneske kan opnå. Nondual realisering indebærer en bevidst nedbrydning af idéen om en separat, individuel identitet, en indsigt som kun til dels opnås i de transpersonlige stadier. Når denne primære dualitet mellem selvet og det andet bliver brudt, kommer andre væsentlige dikotomier også

frem i lyset, som indre versus ydre, her versus der, spirituel versus almindelig. Nondualiteten har et særdeles komplekst forhold til de andre stadier, selvom den ikke i sig selv er et egentligt udviklingsstadium.

Alt i alt er der 11 stadier fordelt mellem de præpersonlige, personlige og transpersonlige grupper samt nondualstadiet i denne tilgang til integral psykoterapi. Vi tildeler de 11 stadier beskrivende navne (som det mytisk-konformistiske) og numeriske betegnelser. Den numeriske metode, vi benytter, minder meget om den, der ses hos udviklingsforskerne Loevinger (Hy & Loevinger, 1996), Cook-Greuter (2002), Kegan (1982) og (i mindre grad) Fowler (1995). Denne metode opdeler grundlæggende betraget udviklingen i seks rene stadier, hvor en specifik kognitionstype anvendes i selvidentiteten, og fem blandede stadier, hvor personen benytter to centrale kognitionsformer i selvet. De rene stadier, som undertiden anses for mere stabile – forstået på den måde at man med større sandsynlighed vil finde sig varigt til rette i dem – kalder vi 1, 2, 3, 4, 5 og 6. De blandede stadier derimod betragtes som forbigående, selvom man kan blive i dem i længere perioder. Dem betegner vi 1/2, 2/3, 3/4, 4/5 og 5/6. Selvom denne skelnen mellem rene og blandede stadier på ingen måde er afgørende, kan det være brugbart. Det er nyttigt at gøre sig fortrolig med dette generelle nummereringssystem, eftersom det jævnligt optræder i udviklingslitteraturen, og det kan også være os til hjælp i forståelsen af kognitiv udvikling (se kapitel 5).

Tabel 1.1 (se næste side) viser en komplet liste over disse stadier og deres placering i den overordnede præpersonlige, personlige og transpersonlige sekvens. Af praktiske grunde – fordi der er så mange stadier, der anses for personlige af natur – opdeler vi disse i de tidlige personlige, mellemste og sene personlige stadier.

Hvori består udviklingsstadiernes relevans for psykoterapi? Som antydning af andet princip er klinisk udviklingsorienteret psykoterapi et centralt aspekt i den integrale tilgang til terapi. Ud fra den klinisk udviklingsorienterede tilgang er ”problemerne, symptomernes eller syndromernes form nøje forbundet med det udviklingsniveau, personen har nået” (Noam, 1988, s 235).

Dette argument – og vi skal se, at det er empirisk underbygget – antyder endvidere, at efterhånden som folk gennemgår disse forskellige vækststadier, forbedres deres psykologiske færdigheder i forhold til de tidligere stadier, de vil blive mødt af unikke udfordringer i deres udvikling og udvise forskellige psykiske problemstillinger. Undervejs i udviklingen vil man desuden fort-

Tabel 1.1. Stadier i identitetsudviklingen

Stadiets natur	Stadie
Præpersonlige stadier	Stadie 1: det sansemotoriske-udifferentierede Stadie 1/2: det følelsesmæssigt-relationelle Stadie 2: det magisk-impulsive
Tidlige personlige stadier	Stadie 2/3: det opportunistisk-selvbeskyttende Stadie 3: det mytisk-konformistiske
Mellemste personlige stadier	Stadie 3/4: det konventionelt-interpersonelle Stadie 4: det rationelt-selvdefinerende Stadie 4/5: det relativistisk-sensitive
Senere personlige stadier	Stadie 5: det integrerede-multiperspektiviske Stadie 5/6: det ego-bevidste-paradoksale
Transpersonlige stadier	Stadie 6: det absorptivt-vidnende
Ikkestadie	nondualitet

sat rumme træk og rester fra tidligere stadier i sig – det vil sige, at *nye stadier transcenderer gamle stadiers funktionelle færdigheder, men samtidig indtager eller inkluderer selvet desuden mange aspekter af tidligere stadier*. En indgående forståelse af disse udviklingsniveauer og måden, de relaterer til psykologiske problemer og indfaldsvinkler er en væsentlig del af integral psykoterapi.

En anden og meget vigtig betragtning i den klinisk udviklingsorienterede tilgang er, at *terapeutens egenudvikling er et afgørende aspekt i den terapeutiske relation*. Hvert udviklingsstadium repræsenterer en ny måde at skabe mening om verden og os selv på. Hvis vi prøver på at leve os ind i klienter i et stadium, vi ikke selv er i eller har gennemgået, er vi tilbøjelige til ubevidst at forenkles de udfordringer, disse klienter står over for, og projicere træk fra vores eget syn på verden over på dem. Og hvis vi arbejder med klienter i et tidligere stadium end vores eget, og vi ikke eksplicit er klar over vores relativt øgede udviklingsmæssige formåen, kommer vi nemt til at lægge uberettigede forventninger over på klienten eller benytte os af uhensigtsmæssige og alt for komplekse metoder.

Yderligere udvikling sætter os i stand til at betragte vores eget udviklingsniveau mere objektivt og ”følge konturerne af klientens verdensoplevelse og matche den nøje” (Kegan, 1994, s. 260). Dette giver de bedst mulige betingelser for en autentisk og helende terapeutisk relation.

Selvom øget udvikling ikke automatisk gør én til en god terapeut – terapeutisk praksis er en færdighed, der kræver et væld af personlige egenskaber og naturlige talenter, der ikke er snævert knyttet til ens identitetsudvikling (Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003) – lader det til at en højere udvikling er befordrende for mange egenskaber, der er vigtige for, at den terapeutiske praksis bliver så effektiv som mulig. Eksempelvis har empatisk evne (Carlozzi, Gaa & Liberman, 1983) og multikulturel bevidsthed (Watt, Robinson & Lupton-Smith, 2002) vist sig at være positivt forbundet med identitetsudvikling.

En høj grad af kognitiv kompleksitet er en anden egenskab, der ser ud til at være et vigtigt træk hos habile terapeuter. Den er ligeledes stærkt forbundet med identitetsudvikling. I deres kvalitative studie af terapeuter, som af kolleger anses for netop at være mesterterapeuter, bemærkede Jennings & Skovholt (1999), at et af de væsentligste kendetegn ved disse mesterterapeuter er, at de ”værdsetter kognitiv kompleksitet og flertydigheden i den menneskelige erfaringsverden” (s. 6). De sammenholder denne opdagelse med den samlede litteratur om terapeutisk ekspertise og fastslår, at: ”En central grundsætning i denne litteratur omhandler inddragelse af og refleksion over denne kompleksitet med henblik på at udvikle sig professionelt” (s. 9). Det bliver tydeligere senere, hvor tæt udviklingen af kognitiv kompleksitet er knyttet til identitetsudviklingsprocessen.

Inden vi forlader denne introduktion til stadierne, er der en sidste ting, vi bør have med: Når vi beskæftiger os med, hvordan den integrale tilgang forholder sig til udvikling, må vi under ingen omstændigheder undervurdere værdien og vigtigheden af andre tilgange til studiet af udvikling. Det er overflødigt at sige, at menneskets udvikling er et umådeligt komplekst emne med betragtelig plads til debat og rivaliserende, alternative perspektiver. Denne bog argumenterer blot for, at den integrale udviklingsmodel er den bedste enkeltstående grundlæggende referenceramme til forståelsen af menneskets psykologiske udvikling, i og med at den byder på en meningsfuld, sammenhængende integration af et stort antal perspektiver på samme tid. Men den er ikke i sig selv nogen endelig eller absolut forklaring, hvilket måske slet ikke er muligt

med vores nuværende forståelse. Derfor er integrale psykoterapeuter nødt til at studere andre synspunkter – neurologiske, psykodynamiske, psykoseksuelle, kognitive, lingvistiske, kulturelle, socioøkonomiske og transpersonlige – samt, hvad der ellers måtte dukke op af ny forskning.

Udviklingslinjer

Udviklingsstadier beskriver en grundlæggende selvidentitet, personens centrale kerne. Udviklingslinjer fremhæver udviklingens mere mangfoldige og sågar usammenhængende aspekter. Udviklingslinjer beskriver kort sagt de forskellige færdigheder og talenter, en person eller kultur har mulighed for at fremme. At sige at en klient (eller et samfund) har udviklet sig i en færdighed eller udviklingslinje, er ikke ensbetydende med, at vedkommende også er udviklet i andre. Dette fører os til den integrale psykoterapis tredje princip.

Tredje princip: Integral psykoterapi accepterer, at der findes talrige udviklingslinjer eller færdigheder ud over udviklingen af selvsystemet. Det forventes, at klienter udvikler sig ujævnt, hvorfor terapeutiske metoder rettet mod forskellige udviklingslinjer betragtes som nyttige i terapi.

Fra ØH-perspektivet kan begrebet udviklingslinjer spores til en kritik af de oprindelige studier af kognitiv udvikling, der blev udført af Piaget og andre forskere. Som du måske ved, identificerede Piaget (1954) fire generelle stadier i den kognitive udvikling: sansemotorisk, præoperationel, konkret-operationel og formelt-operationel. Oprindeligt gik han også ud fra, at så snart en person fik rådighed over sit næste kognitive udviklingsstadium, ville det brede sig til hele personens liv. Derfor mente man, at stadier opstod på en gang i en person og viste sig på mange forskellige områder på samme tid.

Senere forskning har imidlertid vist, at billedet er mere komplekst. Kognitiv udvikling bliver ikke uden videre videregivet til andre aspekter af livet, og når de gør, sker det ofte i forskellige tempi. Eksempelvis kan en teenager være i stand til at anvende formelt-operationelle færdigheder i matematik, men ikke til at analysere en engelsk tekst. Piaget blev på et tidspunkt selv klar over disse diskrepanser, som han kaldte for *decalages*, hvilket betyder kløfter eller at noget er ude af trit. Dog blev denne ujævnhed i væksten nedtonet af

såvel Piaget som af senere fortalere for hans arbejde (Crain, 2005; Wilber, 1997).

En af de måske mest synlige teorier om ujævnhed i udviklingen er udviklet af Howard Gardner (1983, 1995), som har formuleret en teori om *de mange intelligenser*. For dem, som måske ikke kender hans model, nøjedes Gardner ikke med at gå ud fra den logisk-matematiske intelligens, som Piaget arbejdede med, eller de verbale og visuelle intelligenser, der anvendes i forskellige intelligencetest, men argumenterede for, at menneskelige kompetencer er uhyre differentierede. Gardner har helt specifikt argumenteret for, at der findes et bredt spektrum af forskellige intelligenser, som alle kan udvikle sig relativt uafhængigt af de andre. De omfatter verbal-sproglig intelligens, musikalsk intelligens, logisk-matematisk intelligens, visuel-rumlig intelligens, social intelligens, personlig intelligens, kropslig-kinæstetisk intelligens samt naturalistisk intelligens.

Selvom det på nuværende tidspunkt er uklart, hvor meget empirisk belæg der er for Gardners teori (B. Visser, Ashton, & Vernon, 2006), har Wilber i sine nyeste bøger gjort omfattende brug af et lignende begrebsapparat med sine udviklingslinjer (Wilber, 2000, 2006). Wilber har helt specifikt fremsat en teori, der omfatter 12 eller flere distinkte linjer, hvilket er endnu flere end i Gardners teori. Wilber (2006) har givet en klar oversigt over de 12 linjer, han anser for de mest centrale for menneskers psykologiske funktion. Se tabel 1.2 på næste side.

Begrebet udviklingslinjer er et af den integrale teoris mere komplekse emner og måske også det af de fem hovedbegreber (kvadranter, niveauer, udviklingslinjer, tilstande og typer), som er sværest at anvende i terapi. For at gøre anvendelsen nemmere benytter vi en forenklet linjemodel og fokuserer særligt på tre:

1. Den kognitive udviklingslinje.
2. Selv- eller identitetslinjen (synonym med de tidligere omtalte udviklingsstadier).
3. Det, vi kan kalde modenhedslinjen, som kan betragtes som en blanding af selvets interpersonelle, følelsesmæssige og moralske aspekter.

Tabel 1.2. *Vigtige udviklingslinjer ifølge Wilber (2006)*

<i>Linje</i>	<i>Livsspørgsmål</i>	
Kognitiv	Hvad er jeg bevidst om?	Kegan, Piaget
Selv	Hvem er jeg?	Loevinger
Værdier	Hvad er af betydning for mig?	Graves, Spiral Dynamics
Moral	Hvad bør jeg gøre?	Kohlberg
Interpersonel	Hvordan skal vi fungere indbyrdes?	Selman, Perry
Spirituel	Hvad er af ultimativ betydning?	Fowler
Behov	Hvad har jeg behov for?	Maslow
Kinaestetisk	Hvordan skal jeg fysisk gøre det?	
Emotionel	Hvad føler jeg?	Goleman
Æstetisk	Hvad er tiltrækkende for mig?	Housen

Denne tredelte model byder ikke blot på en mere præcis forståelse af udviklingen (og forhindrer os dermed i at begå nogle af udviklingsteoretikernes oprindelige fejl), men udgør også en enkel og praktisk referenceramme, vi kan bruge i arbejdet med uensartet udvikling hos vores klienter.

Tilstande

Den integrale teoris fjerde hovedfaktor er begrebet tilstande. Idéen om tilstande fremhæver den enkle kendsgerning, at fænomener har det med at være omskiftelige og foranderlige. Dette gælder, uanset om vi ser på en persons indre liv (ØV), en organismes funktion (ØH), en gruppe eller kulturs kollektive værdier (NV), eller et politisk eller økologisk systems funktion (NH). Af og til kan der ske udtalte – om end forbigående – skift, der skubber personen, organismen, kulturen eller systemet ud af sin homeostatiske tilstand. Disse tilstande introducerer nye faktorer, ny information og nye kræfter. I relation til psykoterapi er det vigtigste eksempel på ændrede bevidsthedstilstande, at de kan være positive (som mystiske eller glædesfyldte følelsesmæssige) tilstande eller negative (som psykotiske, depressive eller regressive) tilstande.

Fjerde princip: Integral psykoterapi er bevidst om forbigående, ændrede bevidsthedstilstande, herunder psykiske, regressive og mystiske tilstande. Åbenhed om de ændrede tilstande kan være et vigtigt led i den terapeutiske samtale. Hensigtsmæssig facilitering af positive ændrede tilstande i terapi kan give klienten yderligere indsigt og heling.

Der kan siges meget om bevidsthedstilstande. Som udtrykt af Tart (1993): ”Vores almindelige bevidsthedstilstand er ikke noget naturligt eller givet. Den er en overordentligt kompleks konstruktion” (s. 34). Tilsvarende bemærkede Siegel (2001), at en given sindstilstand – eller hvad han kaldte en *selvtilstand* – består af et antal forskellige mentale dele, der må samles i en sammenhængende helhed. Disse omfatter følgende:

- En perception af verden.
- En følelsesbetonet tone.
- En hukommelsesproces.
- En mental model af selvet.
- Et adfærds- og responsmønster.

Eksempelvis kan en klient i en dyb depressiv tilstand:

- Opfatte verden som meningsløs (perception af verden).
- Opleve følelser af tab eller tristhed (følelsesbetonet tone).
- Genkalde tidligere oplevelser af nederlag eller afvisning (hukommelsesproces).
- Besidde en model af selvet med fokus på de fejl og mangler, han eller hun oplever at have (mental model af selvet).
- Udleve et isolerende adfærdsmønster (adfærds- og responsmønster).

Det betyder, at når man siger, at nogen er i en sindstilstand, involverer det en koordineret konstruktion, der implicerer et antal indbyrdes forbundne mentale processer. En tilstand er med andre ord ikke noget enhedsfænomen i sig selv.

Fordi en given bevidsthedstilstand rummer mange dele, *er selv de tilstande, vi betragter som normale, skrøbelige og underlagt forandring*. En enkelt begivenhed, der opfattes som positiv eller negativ, såsom at miste sine nøgler eller finde en 100-kroneseddel, kan ændre ens tilstand på betragtelige måder. Ne-

gative eller positive tanker kan have samme effekt, og det gælder også for indtagelse af stoffer, fysisk motion etc. Selvfølgelig beskæftiger de fleste terapeutiske systemer sig på forskellige måder med disse ændringer i klientens tilstand, uanset om de ser ud til at skyldes indre kræfter som psykisk sygdom, et negativt selvbillede eller ydre kræfter som stofmisbrug eller et parforholds ophør. I dag er forståelsen af mental sundhed og psykiske lidelser tæt forbundet med tilstandsbegrebet – selvom det er uklart, hvor mange terapeuter der benytter sig af disse begreber. Tilstande som akutte psykotiske episoder, panikanfald, fraspaltning og dissociative tilstande (og så fremdeles) bliver jævnligt drøftet og behandlet i klinisk praksis (Ludwig, 1990). Man kan tydeligt se, at det er centralt i psykoterapien at *hjælpe klienter med at tilpasse sig intense og ændrede bevidsthedstilstande*.

Fra det integrale perspektiv er problemet, at mange terapeutiske tilgange har det med udelukkende at fokusere på psykiske lidelser og (i noget mindre grad) regressive tilstande og ignorere de positive og ikkepatologiske ændrede tilstande. Mange af disse positive bevidsthedstilstande er konsekvent blevet betragtet som uden for den etablerede psykoterapis område – det gælder f.eks. meditative ændrede tilstande, psykedeliske ændrede tilstande og lucide drømme. Andre former for arbejde med ændrede tilstande som drømmeanalyse og hypnose var tidligere en væsentlig del af terapeutisk praksis, men det er i langt mindre grad tilfældet i dag. Omvendt har integral psykoterapi den grundholdning, at dagligdagens vågenbevidsthed blot er en ud af mange gyldige oplevelsesmåder. Integral terapi er åben over for at drøfte og bearbejde mange forskellige bevidsthedstilstande med klienter og antager desuden, at arbejde med *ændrede bevidsthedstilstande i mange tilfælde er nødvendigt for både vækst og heling*. Derfor er integral terapi særdeles åben over for bevidst og tilsigtet brug af ændrede bevidsthedstilstande i terapisesioner i det omfang, klienten er udviklingsmæssigt parat og interesseret. Hypnose, guidet visualisering, afslapningsøvelser, meditation, vejrtrækningsteknikker og følelsesfokuseret terapi er alle sammen teknikker, som kortvarigt rykker klienten ud af den normale vågenbevidsthed og gør det muligt for andre typer af information at trænge frem i bevidstheden. I og med at integral terapi accepterer andre bevidsthedstilstande som gyldige kilder til viden og heling, kaldes tilgangen for polyfasisk.

Typer

Den sidste af den integrale teoris fem hovedbegreber er typer eller typologier. Begrebet typer er et forsøg på at beskrive de forskellige tilbøjeligheder, en person kan have, når det gælder at omsætte eller konstruere virkeligheden inden for et givet niveau eller stadie i udviklingen. En person på et givet udviklingsniveau kan være mere eller mindre maskulin eller feminin, introvert eller ekstrovert, og kan anskue verden med en vægtning præget af hans eller hendes kultur og/eller religiøse tilhørsforhold.

Femte princip: Integral psykoterapi accepterer, at der findes et bredt og varieret spektrum af erkendelses- og oplevelsestyper eller stilarter – afhængigt af køn, kultur og individuel personlighed – og at alle er lige gyldige.

Ud fra den integrale psykoterapis perspektiv kan stilistiske eller typologiske forskelle være nyttige for at forstå en klients adfærd, motivation og synspunkt. Samtidig er der ingen stil, som i sig selv kan siges at være bedre end andre. Typer repræsenterer slet og ret forskellige nuancer, vægtninger og antagelser, vi har, når vi anskuer livet fra et givet kvadrantperspektiv eller udviklingsstadie. Eller sagt på en anden måde: Typer bestemmer, *hvordan vi tilegner os viden*, men bestemmer ikke *dybden* af vores viden og oplevelser. Som Kegan (1994) fremhævede: ”Forskellene mellem typer er nonnormative forskelle i epistemologisk stil, ikke hierarkiske forskelle i epistemologisk kapacitet” (s. 201).

Det er vigtigt for terapeuten at opleve en fornemmelse af, hvordan typologiske faktorer – individuelle, kulturelle og kønsrelaterede – kommer til udtryk i klientens liv. Integral psykoterapi går ud fra, at når terapeuten kan forstå og påskønne en klients specifikke stil, vil han eller hun være bedre rustet til at kommunikere empatisk med klienten på effektiv vis. Og at typologisk misforståelse kan hæmme de terapeutiske fremskridt, selvom terapeuten adfærd er hensigtsmæssig (i forhold til klientens udvikling) og balanceret i sin tilgang til kvadranterne (det vil sige tager højde for psykiske, biologiske, kulturelle og socioøkonomiske problemstillinger). Derudover bør terapeuten arbejde med at forstå sin egen foretrukne og kulturelt prægede stil så indgående som muligt, fordi denne ligeledes vil påvirke den terapeutiske relation.

Hvad typer angår, er der imidlertid et vigtigt forbehold at huske på. Vi er nødt til at tage idéen om typer som noget veldefineret, der nemt lader sig or-

ganisere i kategorier med et gran salt. Eksempelvis har Wilber (1999) fremsat, at der ikke foreligger samme videnskabelige beviser for universelt anvendelige typer, som der gør for stadier eller tilstande.⁴ Kegan (1994) har fremsat et lignende argument. Han understregede det forhold, at selvom mange mennesker lader til at tilhøre en bestemt type eller kategori, er der en meget høj grad af individuel variation, og mange har svært ved at passe ind i de typologiske kategorier som introvert eller ekstrovert, maskulin eller feminin. Han har udtalt: ”En del af vores meningsskabelse er totalt idiosynkratisk og ikke underlagt anden form for styring eller regulering end vores unikke personlighedens regulering” (s. 206).

Endelig er det vigtigt at gøre sig klart, at typologiske problemstillinger, især når de er forbundet med forskelle mellem kønnene eller i spørgsmål om kultur og etnicitet, *uvægerligt er tæt forbundet med komplekse og følelseladede kulturelle og politiske problemstillinger*. Det er derfor, at denne bog drøfter begrebet typologi specifikt i forbindelse med køn og kønsroller og kultur og etnicitet – de to vanskeligste typologier, som ethvert psykoteraeutisk system er nødt til at forholde sig til. Vi gør indgående rede for anvendelserne af og farerne ved sådanne typologier og forholder os kritisk til de måder, som disse problemstillinger behandles på i nutidens terapeutiske litteratur og træning.

Psykoteraeutiske retninger i integralt perspektiv

Nu hvor vi har introduceret grundsætningerne i den integrale teori og den integrale psykoterautis principper, er vi nødt til med større klarhed at definere de overordnede tilgange til psykoterauti, som den integrale tilgang tilstræber at inddrage: biologisk-farmakologisk, adfærdsoerteret, psykodynamisk, kognitiv, humanistisk, multikulturel, feministisk, somatisk og transpersonlig. Selvom definitionen af disse vil være repetition for mange læsere, er det vigtigt, at vi under gennemgangen begynder at stille spørgsmål, der er anderledes end dem, vi plejer at stille. Spørgsmål som: Hvilke forventninger til klientens udvikling har denne tilgang til terapi? Hvilken selvforståelse skal klienten have for at få reel gavn af dette perspektiv? Hvilket kvadrantperspektiv repræsenteres eller understreges af denne forståelse? Har tilgangen afsæt i ØV-, ØH-, NV- eller NH-perspektiv – eller i en kombination af dem?

Disse spørgsmål er centrale, fordi den integrale tilgang, der præsenteres her, tager udgangspunkt i to ting: For det første, at hver af disse tilgange bi-

drager til psykoterapien med væsentlige sandheder og støder på alvorlige begrænsninger, hvis de forsøger at blive et absolut perspektiv, som er sandt for alle i alle situationer. For det andet, at disse tilganges styrker og begrænsninger bedst kan forstås, når deres udviklingsmæssige implikationer og kvadrantperspektiver, og i mindre grad den måde, de håndterer udviklingslinjer, tilstande og typer på, tages i betragtning. Her ser vi på disse terapiformers kvadrantperspektiver. Udviklings- og integrationsspørgsmål – sammenfatning af metoderne på en gensidigt forstærkende vis – bliver behandlet senere.

Biologisk-farmakologisk

Sigmund Freud udtalte med ord, der er blevet berømte, at hans teori om menneskets psykologi en dag ville blive forstået i fysiologiske vendinger. Ånden i dette perspektiv lever og har det særdeles godt i den terapeutiske tilgang, der betragter den menneskelige psykologi som et samspil mellem genetiske, neurologiske og neurokemiske kræfter. Behandlingsmetoder inden for dette perspektiv er som regel farmakologiske, medicinske (f.eks. elektrochokterapi) og af og til kirurgiske. Dette er en lægelig, ØH-orienteret tilgang til psykoterapi.

Adfærsorienteret terapi

I sin mest grundlæggende form ser man her på, hvordan positiv og negativ forstærkning og straf påvirker adfærden. Et aspekt af adfærsorienteret terapi består derfor i at tage konsekvenser i brug for at påvirke klientens adfærd. Det kan eksempelvis være at udarbejde en form for belønning, når en klient i skolealderen ikke afreagerer udadtil eller at finde en hensigtsmæssig straf for at pjække fra skole sammen med vedkommendes teenageforældre. Derudover kan adfærsorienteret terapi omfatte klientspecifikke handlinger, opgaver eller hjemmearbejde, som klienten skal udføre som led i sin terapi – såsom fysisk motion for at hæve stemningslejet, nedsat koffeinindtagelse for at dæmpe angst eller at indlede samtaler med fremmede for at træne sine sociale færdigheder. Det kan også omfatte meditation (passende til udviklingsniveauet), afslapningsteknikker eller konfrontationsterapi ved fobier. Centralt for de rent adfærsorienterede tilgange er, at de er langt mindre interesserede i kognitive eller ubevidste forandringer. Der fokuseres på handling og konsekvenser som de mest betydningsfulde helbredende faktorer. Fordi de fokuserer på objektive

handlinger, og ikke på subjektive tilstande, kulturelle problemstillinger eller socioøkonomisk status, er adfærdsorienterede tilgange primært ØH-orienterede i forhold til psykoterapi.

Psykodynamisk terapi

Psykodynamiske tilgange til terapi tager udgangspunkt i, at der helt fra den spæde barndom og videre frem er spændinger, drifter eller energier på spil i den menneskelige psyke. Der findes mange psykodynamiske retninger – freudiansk, jungiansk, objektrelationsteori med flere – men alle er enige i, at disse energier i væsentlig grad bliver præget i barndommen, fungerer på konfliktfyldte måder og hovedsageligt er ubevidste. Ubevidst er imidlertid ikke det samme som inaktiv. Der er snarere tale om, at indre konflikter kommer til udtryk gennem tanker og handlinger, særlig udtalt i parforhold og familiære relationer. Målet med terapi fra det psykodynamiske perspektiv er at grave disse ubevidste spændinger frem og gøre dem til genstand for bevidst opmærksomhed, så klienten kan slippe fri af usunde og ubevidste drevne reaktions- og responsmønstre. Samtale om og refleksion over familie- og barndomshistorie, analyse af overføring fra klienten og modoverføring fra terapeuten, aktive visualiseringsøvelser, kunstneriske udtryksformer og drømmeanalyse er nogle af de mest anvendte metoder inden for denne tilgang. Fordi de primært fokuserer på individuel subjektiv oplevelse og intersubjektive relationer, kombinerer psykodynamiske terapiforløb elementer fra både ØV- og NV-tilgangene til psykoterapi.

Kognitiv terapi

De kognitive terapiformers grundantagelse er, at folks overbevisninger og selvudsagn (mentale drejebøger) volder dem større lidelser end nogen enkeltstående begivenhed. Det er med andre ord deres fortolkning af begivenheden, der har den mest drastiske indvirkning på deres velbefindende, og ikke begivenheden i sig selv, når der sker noget positivt eller negativt i et menneskes liv. Ud fra den kognitive terapiperspektiv går de fleste mennesker rundt med et særdeles idealistisk og enevældigt syn på sig selv og verden, og hvordan begge dele burde være. Det er nødvendigt at identificere disse overbevisninger, undersøge dem til bunds, forholde sig konstruktivt til dem og omformulere dem

til noget langt mere realistisk og rationelt. Terapeutens rolle – og i kognitiv terapi betragtes denne rolle i reglen som aktiv – er at hjælpe klienterne med at identificere og justere sådanne tanker med henblik på at reducere symptomer og maksimere virkefeltet. Dette kan ske ved åbent at stille spørgsmål til eller udfordre klienten omkring de urealistiske overbevisninger, han eller hun måtte have. Fordi kognitiv terapi primært fokuserer på subjektive kognitive mønstre og fortolkninger, befinder den sig primært i ØV-perspektivet.

Humanistisk terapi

Humanistiske terapeuter har flere væsentlige fællestræk. De fokuserer gerne på individets styrker og højere potentiale for vækst og forandring og på udforskning og klarlæggelse af den autentiske individuelle identitet. I skarp modsætning til fokuset på konsekvenser, prægning i den tidlige barndom eller forandring af irrationelle tanker. Humanistiske terapeuter er også mere procesorienterede end målorienterede – de fokuserer mindre på at opnå et særligt resultat i terapien. I stedet er de mere optaget af her og nu i den terapeutiske relation. De påtager sig derudover en mere samarbejdende og mindre styrende rolle, hvor de viser klienten tillid og giver ham eller hende større ansvar for sin egen vækst og heling. Med deres fokus på spørgsmål om mening, personlig identitet og autenticitet repræsenterer den humanistiske terapi en ØV-tilgang.

Feministisk terapi

Der findes et bredt spektrum af feministiske perspektiver (se Rosser & Miller, 2000). Feministiske perspektiver fokuserer i særlig grad på den måde, hvorpå ens sociale køn – det kulturelt konstruerede syn på de to køn – begrænser og fordrejer menneskers oplevelser og erfaringer, især kvinders. Et væsentligt omdrejningspunkt for både feministisk teori og terapi består i at rette skarp opmærksomhed på magtdifferentialer, altså hvordan et kønsrollebetings syn på verden er tilbøjeligt til at betragte mænd og maskuline værdier som vigtigere end kvinder og feminine værdier. Et af den feministiske terapeuts mål er at hjælpe klienten med at erkende og udfordre kulturen og samfundets normer. Det drejer sig ikke kun om individet eller om adfærdændringer. Feministiske terapeuter føler også, at det er vigtigt at arbejde med magtfordrejninger i selve den terapeutiske relation. I måske endnu højere grad end humanistiske tera-

peuter betragter den feministiske terapeut klient- og terapeutrelationen som et samarbejde med fjenden og som kulturelt betinget. Fordi der i høj grad fokuseres på relationelle, kulturelle og socioøkonomiske perspektiver, repræsenterer feministiske terapiforløb en blanding af NV- og NH-tilgange til psykoterapi.

Multikulturel terapi

Multikulturelle terapeuter tilstræber, som feministiske terapeuter gør i relation til det sociale køn, at kaste lys over de måder, hvorpå kultur og etnicitet er med til at præge og konstruere vores syn på verden. I særdeleshed fokuserer de på, hvordan majoritetskulturer bevidst eller ubevidst kan skabe racistiske, fordomsfulde eller undertrykkende synspunkter, og hvordan disse kan påvirke og blive internaliseret af marginaliserede klienter. Multikulturelle terapeuter betragter psykiske lidelser som en konsekvens af disse synspunkter, især hos klienter fra minoritetskulturer eller etniske grupper og mener derudover ofte, at selve betegnelsen psykisk sygdom er en konstruktion, der bygger på fordomsfulde konventionelle normer. Terapeuter, der praktiserer ud fra dette perspektiv, bringer i højere grad end andre spørgsmål om race og racisme frem i lyset i en terapisesion, både i forhold til majoritets- og minoritetsklienter med henblik på at øge bevidstgørelsen og selvagtelsen og for at styrke klienterne til at udfordre konventionelle, kulturelle normer. Multikulturel terapi repræsenterer primært en NV-tilgang til psykoterapi.

Eksistentiel terapi

Ifølge Corey (2001) er den eksistentielle terapies grundsætning, ”at vi ikke er ofre for omstændighederne, fordi vi i vidt omfang er, hvad vi vælger at være” (s. 143). Den eksistentielle terapeut betragter sin klient som et autonomt og frit individ, som må lære at anerkende sit eget personlige ansvar for sine valg. Eksistentielle terapiforløb accepterer, at vi sommetider føler os isolerede, angst og skyldige som normal konsekvens af vores frihed og ansvarlighed – at vi er alene og dødelige i et univers, der ikke har iboende mening eller formål. Derfor mener eksistentielle terapeuter også, at den mening eller de formål, vi får fra samfund, religion eller kultur, blot hæmmer os i den vanskelige proces, det er at finde vores egen mening i livet – en mening, der betragtes som den ultimativt højeste, vi kan opnå. Målet med eksistentiel terapi er derfor at bistå

klienten i at udvikle denne selvgenererede mening. Fordi de eksistentielle terapiforløb primært fokuserer på subjektiv meningsgskabelse, repræsenterer de en ØV-tilgang til psykoterapi.

Somatisk psykoterapi

Somatisk terapiforløb bygger på forståelsen af, at selvom sindet og kroppen ikke er identiske, afspejler de hinanden meget nøje. Ved at arbejde indgående med kroppen tilstræber den somatiske terapeut at hjælpe klienten til at blive mere bevidst om sine psykiske problemstillinger. Somatisk arbejde består blandt andet i at bemærke vanemæssige mønstre i klientens kropsholdninger med nøje fokus på fysiske spændinger, således at disse kan sættes i forbindelse med vigtige følelsesmæssige og psykologiske problemstillinger. Derudover kan somatisk terapi give patienten mulighed for at udtrykke diverse følelser fysisk og derved gennearbejde dem somatisk, præcis som en verbalt orienteret terapeut kan opmuntre klienten til at få talt tingene igennem. To grundlæggende antagelser i somatisk terapi er, at a) psykiske problemstillinger bliver ubevidst lagret på et fysisk plan, og b) derfor vil verbal bearbejdelse alene ofte afhænge af fysikken og være ude af stand til at nå til roden af de fleste problemer. Kun en tilgang, der integrerer det mentale med det fysiske, kan bibringe klienten en fuldstændig oplevelse af heling. Somatiske terapiforløb kombinerer subjektiv mening og objektiv fysisk handling, og dermed repræsenterer de en kombination af ØV- og ØH-tilgange til psykoterapi.

Transpersonlig terapi

Den transpersonlige tilgang til psykoterapi blev stiftet af mange af de samme individer, som startede humanistisk psykologi, især Abraham Maslow (Hastings, 1999). Ifølge den transpersonlige tilgang er folk i stand til at sætte sig ud over normale egoidentifikationer med krop, personlighed, kultur eller køn på måder, der kan være forbigående (tilstande) såvel som stabile (stadier). Transpersonlig psykoterapi, som Wilber har haft stor indflydelse på, almindeliggør spirituelle oplevelser. De spirituelle metoder (f.eks. meditation, visualisering, vejtræknings teknikker) og faciliterede ændrede bevidsthedstilstande bruges som led i praksis med personlig vækst for at hjælpe med heling af psykiske sår og traumer (Grof, 1993; Rowan, 2005). Denne tilgang, som har mange huma-

nistiske perspektiver, hvad den terapeutiske relation angår (samarbejdsvillig og klientcenteret), stiller meget store krav til terapeuten om at arbejde med sin egen spirituelle modenhed og at dyrke en spirituel praksis efter eget valg. I den transpersonlige tilgang betragtes terapeutens egenudvikling i langt højere grad end i andre retninger som central for psykoterapien. Transpersonlige terapiforløb repræsenterer en ØV-tilgang til psykoterapi.

Konklusion

I dette kapitel har vi gennemgået den integrale teoris fem grundbestanddele (kvadranter, niveauer, udviklingslinjer, stadier og typer), og hvordan de præger den integrale psykoterapis centrale principper. Vi så på de overordnede psykoterapeutiske skoler, som den integrale tilgang forsøger at inddrage. I de følgende kapitler bliver den integrale teoris hovedelementer og deres anvendelse i praksis redegjort for mere detaljeret. Vi indleder med kvadrantmodellen.

Noter

1. Til dem, der er interesserede i en dybere baggrundsforståelse af den integrale models teoretiske grundlag og kompleksiteter som beskrevet af Wilber, anbefaler jeg at læse Wilber selv (1995, 2006). Som en bog, der behandler yderligere teoretiske spørgsmål og fremhæver bidrag fra andre oprindelige integrale tænkere, anbefales det at læse McIntosh (2007). Som en bog, der beskæftiger sig med grundlæggende kritik af integral teori, se Rothberg & Kelly (1998). En mere omfattende baggrundsdiskussion af filosofiske problemstillinger i psykoterapi, se Forman (2004).
2. Selvom psykoterapiens mest naturlige hjem er øverste venstre kvadrant, ØV-perspektivet, kan man udarbejde en tilsvarende terapeutisk tekst med en af de andre kvadranter som det primære perspektiv med fokus på genetik eller adfærd (ØH), socioøkonomiske problemstillinger (NH), relationer (NV) eller kulturelle problemstillinger (NV).
3. Det integrale perspektiv henter helt specifikt en stor del af sin inspiration fra de kontemplative spirituelle traditioner. Og disse traditioner er universelt enige om, at alle mennesker besidder medfødt værdighed og værdi, og at ethvert menneske har en iboende spirituel natur. At sige at en person

ud fra et integralt perspektiv har et iboende naturligt værd, svarer dermed både til at sige, at enhver person har rettigheder, friheder og værdighed som individ (et humanistisk perspektiv), og til at sige, at vi derudover alle har en underliggende spirituel samhørighed (et kontemplativt perspektiv).

4. Wilber (1999) udtalte specifikt: “[Typologier] beskriver blot nogle af de mulige orienteringer, som kan optræde i de enkelte stadier, og det vil sige, at de mere inddrages ud fra personlig smag og brugbarhed end baseret på universelle beviser” (s. 485). Dette er et vigtigt forbehold, men denne bog er baseret på det standpunkt, at meget taler for eksistensen af visse typologiske forskelligheder (maskuline kontra feminine og kulturelle væren som de mest centrale). Vi forklejner dog ikke, at typebegrebet bør håndteres med forsigtighed.

2 *Psykoterapi involverer alle fire kvadranter*



Den største gave en terapeut kan give en klient, er et åbent sind. Hver eneste dag står klienter over for bedømmelser og mere eller mindre fastlåste idéer fra partnere, familiemedlemmer og det konventionelle samfund sammen med det måske allermest pinefulde, nemlig deres egne brutale selvvurderinger. Det terapeutiske rum kan være et fristed, hvor det er muligt at give slip på disse selvvurderinger, og hvor der er plads til drøftelser, overvejelser og følelser, der er mindre plads til i dagligdagen. Det skal naturligvis ikke forstås sådan, at terapeuten og klienten ikke når frem til et mere fokuseret billede (eller bedømmelse) af klientens liv på et tidspunkt og efterfølgende den mest hensigtsmæssige terapeutiske tilgang, men indledningsvist er det nødvendigt at skabe et reelt åbent rum – et rum, hvor klienten kan være fuldt ud til stede som menneske og blive accepteret, som han eller hun er.

Denne åbenhed kræver ikke, at terapeuten glemmer, hvad vedkommende ved om diagnoser og de anerkendte kendsgerninger og forståelser i forhold til psykiske lidelser og mental sundhed. Det bør dog slås fast, at vores aktuelle viden om psykisk sygdom og mental sundhed, trods årtiers forskning stadig er uklar, hvad detaljerne angår. Tænk over denne erklæring fra US Department of Health and Human Services, 2001: ”De nøjagtige årsager til de fleste psykiske lidelser kendes ikke. De generelle kræfter, der former dem, er genetiske, psykologiske, sociale og kulturelle, og de indvirker på hinanden på måder, som endnu ikke er fuldt forstået” (s. 7). Vi forholder os med andre ord åbent, fordi det er oprigtigt og empatisk, og fordi det er en nøjagtig afspejling af den terapeutiske videnskabs tilstand. Der er umådelig meget, vi ikke ved.

Hvis du har fulgt nøje med hidtil, eller hvis du er fortrolig med integral

teori, vil du også bemærke, at dette citat essentielt set sætter psykisk sygdom – med dens mulige årsager og bidragende faktorer – ind i kvadrantsystemets rammer. Genetiske kræfter henviser til ØH-kvadranten, psykologiske kræfter til ØV-kvadranten, sociale kræfter til NH-kvadranten og kulturelle kræfter til NV-kvadranten. Da brugen af en eller anden mental orientering eller referenceramme er uundgåelig, hvilken denne erklæring peger på, *er kvadrantsystemet den mest omfattende og mest åbne betragtning, en terapeut kan anlægge på en klients liv.*

Kvadrantfordomme i praksis

Wilber (1995, 1997) har gentagne gange argumenteret for, at det største problem, vi står over for i vores overordnede sociale diskurs, består i kvadrantabsolutisme – forfatteres og teoretikers tendens til at fremhæve en kvadrants perspektiv som det rigtige og forvise de andre til sekundær status. Nogle teoretiske systemer er ligefrem gået så vidt som til at påstå, at alle kvadrantperspektiver kan reduceres til en enkelt faktor, nemlig at den menneskelige kultur og psykologi blot er et resultat af biologi og evolution (alting reduceres til ØH/NH), eller at alle vores overbevisninger om verden udelukkende er kulturelt konstruerede (alting reduceres til NV).

Selvom den slags åbenlyse reduktionisme klart optræder i den intellektuelle debats historie og undertiden viser sig i terapeutisk tænkning, er det sjældent, at man møder en terapeut i denne tidsalder med dens væld af variationer, som totalt benægter realiteten af et af disse perspektiver. Det er meget mere sandsynligt, at en terapeut er tilbøjelig til at *forklejn* vigtigheden af nogle kvadrantperspektiver eller *overdriver* den årsagsvirkning, et enkelt af dem måtte have. Dette sker i særlig høj grad, når terapeuter med samme faglige baggrund eller orientering mødes i professionelle sammenhænge og gensidigt bekræfter hinanden i en bestemt metodes værdi i forhold til de andres. Socialpsykologer kalder dette for gruppepolarisering eller en tendens, hvor folk med samme idéer samles og bekræfter hinanden i mere ekstremistiske og selvtilstrækkelige anskuelser, end de ville udvikle hver for sig.

Det hører selvfølgelig med til den menneskelige natur at fokusere på sine stærke sider og finde sammen med ligesindede, men i terapiens komplekse verden kan dette risikere at modarbejde os selv og vores klienter. Nogle terapeuter vil måske overdrive værdien af medicinering og psykofarmakologi