|  |  |
| --- | --- |
|  | **1980** |
|  | Düsseldorf  Hilarion Petzold |

|  |
| --- |
| **[Terapeutens rolle og det terapeutiske forhold i Integrativ terapi, oversatt av Tor Gunnar Nystad]** |
|  |

Innholdsfortegnelse

[Terapeutens rolle og det terapeutiske forhold i Integrative terapi 4](#_Toc468041924)

[1.0 Integrative Terapis kilder og ideer 4](#_Toc468041925)

[2.0 Filosofisk – antropologisk grunnlag 6](#_Toc468041926)

[2.1 Ko-respondens – sammenhengens filosofi 6](#_Toc468041927)

[2.2 Antropologiske konsepter 7](#_Toc468041928)

[3.0 Målene for det terapeutiske arbeidet 9](#_Toc468041929)

[3.1 Å vinne og å opprettholde grunnleggende tillit 9](#_Toc468041930)

[3.2 Fremme av identiteten 10](#_Toc468041931)

[3.3 Dannelsen av mening 13](#_Toc468041932)

[3.4 Utvikling av intersubjektivitet 14](#_Toc468041933)

[3.5 Fremme av kompetanse og ytelser 15](#_Toc468041934)

[4.0 Den terapeutiske kontakt som ko-respondensprosess 17](#_Toc468041935)

[5.0 Kontaktmodaliteter 18](#_Toc468041936)

[5.1 Subjekt – kontakter, ”være – forhold” 19](#_Toc468041937)

[5.2 Objekt – forhold, ”ha – forhold” 19](#_Toc468041938)

[5.3 Saklig – funksjonelt forhold, ”Gjøre – forbindelser” 20](#_Toc468041939)

[6.0 Terapistiler 21](#_Toc468041940)

[6.1 Abstinent stil 22](#_Toc468041941)

[6.2 Eksperimentell stil 23](#_Toc468041942)

[6.3 Den integrative stil for ”selektiv åpenhet” og den ”delvise deltakelse” 24](#_Toc468041943)

[6.4 Dimensjoner i det terapeutiske forhold 27](#_Toc468041944)

[6.4.1 Overføring 27](#_Toc468041945)

[6.4.2 Motstand 33](#_Toc468041946)

[6.4.3 Terapeutens motoverføring og overføring 34](#_Toc468041947)

[7.0 Terapeutens rolle 36](#_Toc468041948)

[7.1 Hjelper og helbreder ⬄ Hjelpeløse og syke 37](#_Toc468041949)

[7.2 Foreldremodell ⬄ Barnestilling 38](#_Toc468041950)

[7.3 Rådgiver ⬄ Rådsøkende 39](#_Toc468041951)

[7.4 Læreren ⬄ Eleven 39](#_Toc468041952)

[7.5 Partner ⬄ Partner 39](#_Toc468041953)

[7.6 Venn ⬄ Venn 40](#_Toc468041954)

[8.0 Rollefunksjoner og intervensjonsstrategier 40](#_Toc468041955)

[8.1 Katalyserende 40](#_Toc468041956)

[8.2 Facilitating (skape muligheter) 41](#_Toc468041957)

[8.3 Støtte 41](#_Toc468041958)

[8.4 Målrettet selvstendiggjørelse 42](#_Toc468041959)

[8.5 Konfrontasjon 43](#_Toc468041960)

[8.6 Paradoksale intervensjoner 43](#_Toc468041961)

[8.7 Forsterkning 44](#_Toc468041962)

[8.8 Stimulering 44](#_Toc468041963)

[8.9 Evosering (fremkalling) 44](#_Toc468041964)

[9.0 Gruppen som terapeut 44](#_Toc468041965)

[Sluttbemerkning 45](#_Toc468041966)

# Terapeutens rolle og det terapeutiske forhold i Integrative terapi

Hilarion Petzold, Dusseldorf, 1980

”Her er min hemmelighet. Den er meget enkel: man ser bare godt med hjertet. Det vesentlige er usynlig for øynene.” (A. de Saint – Exupery: Den lille prinsen)

# Integrative Terapis kilder og ideer

Den terapeutiske metode som her betegnes som ”Integrativ Terapi” ble utviklet av meg og mine medarbeidere i løpet av de siste ti år ved ”Fritz Perls Institut” på grunnlag av metoden ”dramatisk terapi”: Morenos psykodrama, Iljines terapeutiske teater og Perls` gestaltterapi (holdningsterapi). Det som er felles for disse terapimetodene er bruken av dramatisk spill, og de er teoretisk og metodisk det integrative utgangspunkt (Petzold 1980). De har alle en antropologi som er grunnlagt på den **eksistensialistisk – fenomenologiske filosofi** og innbefatter dybdepsykologiske og atferdsorienterte synspunkter. Perls og Iljine var psykoanalytikere som ikke bare brakte inn dybdepsykologiske ideer, men også fenomenologi, mens Perls var spesielt oppmerksom på holdningspsykologien og Iljine på strukturalismen. Jeg var så heldig å ha arbeidet med både Moreno, Iljine og Perls, og derfor er den Integrative terapi blitt preget av disse impulser og spesielt av deres kilder, dvs. psykoanalyse, fenomenologi og strukturalisme. I tillegg til dette kom innflytelser fra studier hos Marcel, Foucault, Levi-Strauss m. fl.

Iljine hadde allerede i 1910 hevdet for det terapeutiske teater at det er en metode som skal medføre integrasjon av kropp, sjel og ånd, en ”perikorese” (gjensidig påvirkning) gjennom hvilke mennesket blir en helhet, ublandet, uforandret, udelt, uadskilt (Ilijine 1970). *Iljine baserer sine filosofiske overveielser på klassiske patriske ideer, som her på de chaicediniske formuleringer (smlg. Iljine 1933). Han hører på den måten til den ”slavofile skole” (Petzold 1974).*

Også for Moreno er det et mål for alle terapeutiske tiltak: ”de skal innstille og forberede organismen på den psykodramatiske integrasjon”. Men det psykodramatiske gruppearbeidet med dets sosiometriske grunnlag sikter ikke bare på integreringen av den enkelte, men av hele gruppen, og også av den omliggende setting. Kohesjon bygges opp gjennom **integrasjonskatarsis**, som er mer enn avreaksjon av tilbakeholdte følelser, men tar sikte på å skape forbindelser mellom mennesker (Moreno 1959)

F. S. Perls har til syvende og sist, før han valgte betegnelsen ”gestaltterapi” (1951) kalt sitt utgangspunkt ”teori og teknikk for personlighetsintegrasjon” (1948). Integrasjon av avspaltete deler av personligheten er det sentrale mål for gestaltterapeutisk arbeid. Dessuten tilstrebes det en integrasjon av individet med miljøet, og hele livet oppfattes som en fortløpende integrativ prosess: ”Det er ingen ende på integrering” (Perls 1969). Som psykoanalytiker hadde Perls først utformet gestaltterapien som enkeltvis behandling, for så å gå over til en form for gruppeterapi i hvilken han arbeidet med en pasient i gruppen: ”Jeg utfører en slags enkeltterapi i et gruppeforum” (Perls 1969).

Også Morenos psykodrama var først protagonistsentrert, mens det terapeutiske teater helt fra starten søkte å forbinde enkeltarbeide og gruppearbeide.

På Fritz Perls Institut har vi utviklet de nevnte metoder til en **gruppesentrert metode** hvor det **protagonistsentrerte arbeidet utvikles fra gruppens dynamikk**, men ikke er utgangspunktet for den terapeutiske handling. På grunnlag av gestaltteoretiske og Lewinske ideer blir gruppen betraktet som en enhet, ”som er summen av dens medlemmer”. Videre ble **tanker fra Iljines improvisasjonstrening utviklet**, hvor **bruken av kreative medier** som leire, maling og bevegelse ble integrert (Petzold 1975, Bubolz 1979). Og endelig har vi utviklet **en spesifikk form for kroppsorientert terapi**, som blir anvendt spesielt for tidligere forstyrrelser og for psykosomatiske sykdommer (Petzold, Heinl 1977). Den Integrative Terapi er i likhet med Gestaltterapien en metode for behandling enkeltvis og i grupper, og ”**gestaltanalysen” er kjernen** i utdannelsen av psykoterapeuter.

Gjennom disse utviklingene kunne identifikasjonsområdet utvides betraktelig i forhold til den klassiske gestaltterapi. Forruten nevrotikere kan også psykiatriske pasienter bli behandlet, spesielt med de ikke-verbale metoder (Petzold, Berger 1977), så vel i akutte som i kroniske tilstander (Hartmannn-Kottek 1979), og dessuten narkomane (Saake, Stichtenoth 1980, Petzold 1974), psykosomatikere (Heinl, Spiegel-Rosing 1978) (Røttger 1980), barn med atferdsvansker (Witt 1980, Mathias 1980), alderdomspasienter (Petzold, Bubolz 1980). Ytterligere områder finnes på området sosioterapi og rådgivning som for eksempel i soning (Keil 1980), spiseforstyrrelser (Baumann 1980), og i arbeidet med familier (Rahm 1979, Schneider 1980). Et spesielt tyngdepunkt utgjør behandling i alternative institusjoner for eksempel i bofellesskap (Petzold, Vormann 1980).

Integrativ terapi **forbinder** en konfliktssentrert – avdekkende metode med opplevelses-sentrert og øvelsessentrert – funksjonelt arbeid. De utvider den klassiske gestaltterapeutiske ”her – og – nå” prinsipp., i det **tidsperspektivet trekkes inn**. Man tar med **for – tidens** og **frem – tidens** **henvisningshorisont**, tidskontinuiteten og det sosiale og økologiske rom, konteksten (Petzold 1978, 1980). Ut i fra dette ”her – og nå” perspektiv som terapien foregår i, følger en **stadig våkenhet (awareness) av terapeuten** og av individsentrert behandling, men den sosiale virkelighet og det bakenforliggende sosiale området må trekkes inn i den terapeutiske strategi. Heri ligger en videre utvikling av den integrative terapi i forhold til gestaltterapien (Besems 1977 a,b). Den forsøker å opprette et sosialt forhold, og ikke en politisk likegyldig tilpasningsterapi, selv om det dreier seg om en ”creative adjustment” (Perls et al. 1951, 400 ff). Det er nødvendig med ”creative change” (Petzold 1975). I videre føringen av den Perls’ke tankegangen, at terapien ikke bare skal være bestemt ut i fra bilde av det syke mennesket, men på en forestilling av sunnhet, og at terapien utover all ”reparasjon” skal fremme personlig vekst, har vi arbeidet videre med utviklingen av et integrativ pedagogisk utgangspunkt (Petzold, Brown 1977, Petzold, Bubolz 1976). Integrativ terapi begrenser seg ikke til å utbedre enkelte skader, den sikter også på å utvikle potensialer.

Vårt konsept (IT) er kjennetegnet av **multimodal fremgangsmåte** på grunnlag av en enhetlig teoretisk basis, som på den ene måten er preget av dybdepsykologien og på den annen side av fenomenologisk – strukturalistisk utgangspunkt (Merleau–Ponty 1942, 1945), hvorved en diffus ekletisitet blir avvist. Terapibegrepet blir derfor, overalt hvor det er nødvendig, utvidet til den ”**Integrative intervensjon**” (Petzold 1979a, 298 ff, 1980g). Den består av:  
1. **Profylakse** dvs. preventiv intervensjon for å forhindre nedbrytning eller forstyrrelse av kompetanse og yteevne.  
2. **Bevaring** dvs. konserverende henholdsvis stabiliserende intervensjon for å bevare foreliggende potensiale.  
3. **Restitusjon** dvs. reparerende henholdsvis rehabiliterende intervensjon for å avhjelpe eller bedre redusert, forstyrret kompetanse og yteevne.  
4. **Evoluerende** intervensjon (utvikling) for å utfolde og fremme potensialer:  
5. **Støtteintervensjon** (eksistensmestring) som hjelp ved ikke – reversible forstyrrelser og mangler.  
6. **Representasjon** dvs. politisk intervensjon til forsvar og sikring av krav i samfunnsmessig sammenheng.

Et slikt sammensatt intervensjonsbegrep har ikke bare som mål en generell humanisering av livsbetingelsene, det fyller også kravene til en psykososial nødssituasjon som sjelden bare kan angripes med psykoterapi, men som må forandre den totale sammenheng, fordi ”terapien for patologiske tilstander også alltid krever **forandring** av den **patogene konteks**t (Petzold 1970). Intervensjonskonseptet har selvfølgelig

konsekvenser for terapeutens rolle, alt etter hvilke av de nevnte områder han/hun først og fremst benytter. Da imidlertid den filosofisk – antropologiske og teoretiske konsept danner et enhetlig grunnlag, kan det ut fra disse for alle intervensjonsområder avledes leveregler til støtte for behandlingen.

# Filosofisk – antropologisk grunnlag

Den integrative metode betrakter psykoterapien, sosioterapien og agogikken som former for ”**anvendt antropologi**” (Petzold 1970), fordi de – likegyldig om de er utarbeidet eller bare impliserte – er basert på et bilde av **mennesket og verden som bestemmer handlingen**. Vårt terapeutiske konsept er derfor antropologisk orientert.

# 2.1 Ko-respondens – sammenhengens filosofi

Vi går ut i fra den hovedantakelse at all ”væren” er ko – eksisterende, og at *sammenhengen* er det grunnlegende livs- og organisasjonsprinsipp i verden. Kvaliteten av ko – relasjon i tid, rom, økologisk og sosial dimensjon, fremstår som en grunnleggende felles mening i alle naturlige sammenhenger, en primordial konsens. Forståelsen i betydning av en opplevende registrering og fatning av disse sammenhenger bestemmer ståsted i strukturen (kontekst), og gjør innlysende at vi er involvert og stadig involveres, at vi **hele tiden står i ko – respondanse[[1]](#footnote-1)**.

I naturlig miljø, ”uberørt” landskap, en jordnær og naturnær kultur, er kvaliteten av den opprinnelige samhørighet, fellesskapet den opprinnelige sameksistens, pregnant på en måte som ikke behøver å påpekes, men som i sin tilstedeværelse omfatter alt. Det er en hemmelighetsfull ”kon–substansialitet” som alt levende tar del i og som Maurice Merleau – Ponty (1964) har sammenfattet i metaforen ”chair commune”. Mens det involverte mennesket trygt i sin konstitusjon, innstilt på denne verden, så opplever det fremmedgjorte mennesket som ”et vesen som er kastet inn i verden” (Heidegger), et ”væren – i – verden” slik at det blir en fremmed, en hjemløs. At høykultur ikke nødvendigvis må føre til fremmedgjøring viser aismen og Zen, men de tydeliggjør også at den kompleksitet og splittethet som er oppstått på grunn av kulturell differensiering krever nye integrasjonsevner. Som gjør det mulig for mennesket på nytt å dykke ned i ko – eksistensens struktur og oppleve og leve sammenheng og samhørighet.

Denne integrasjonsevne tilveiebringes ikke i vår kultur og spesielt ikke i det senkapitalistiske Industrisamfunn, bortsett fra ved enkeltfenomener, for eksempel i kunsten (Petzold 1969 a,b). Kompleksitet og differensiering har oppstått i en grad som motsetter seg teknologiske begrensninger. Som en skinnløsning oppstår oppdeling i små enheter, som ved avgrensning søker overlevelsesmuligheter. Individualitets – begrepet, som står som kontrast til samfunnsbegrepet, og identitetsbegrepet som går i en lignende retning, er uttrykk for dette. Det er de nødvendige reaksjoner på mangfoldighetens oppslukende tiltrekningskraft som har tapt elementet av enhetlighet og samhørighet (konsubstansialitet). Det gjelder nettopp denne ”enhet i mangfoldet” (Iljine 1993, Petzold 1974 b). Menneskene opplever seg ikke mer som con–sortes, som skjebne medmennesker, og de lever ikke mer i den grunnleggende fortrolighet (con–fidentia) som utgjør et fellesskap (communio).

Konseptet relasjon, slik det kommer til uttrykk i begrepene ko–eksistens, kon–tekst, kon– tinuum, kon–sens, har sin gyldighet ikke bare på området for de naturlige forhold som naturvitenskapene befatter seg med (C.F. von Weizäcker 1958) men også på området for den sosiale virkelighet. Dette kommer tydelig frem med den systemteoretiske og strukturalistiske betraktningsmåte (Parsons 1951, Luhman 1968, Levi – Strauss 1950, 1962, Foucault 1977, Derrida 1979) – hvor forskjellige metodene enn kan være. Mest pregnant kommer det vel til uttrykk i språket slik lingvistikken har kunnet vise det siden Saussure. Det er ikke de enkelte ord men sammenhengen som skaper meningen. Også i de anvendte sosialvitenskaper som psykoterapi, agogikk, sosioterapi og deres intervensjonsrettede praksis har prinsippet korrespondanse, den gjensidige relasjon, møte og adskillelse sentral gyldighet i kontekst og kontinuum. I dette åpner det seg de fundamentale kosmologiske, antropologiske og sosiologiske premisser som ledende for våre handlinger i praksis.

# 2.2 Antropologiske konsepter

Relasjon i filosofiske sammenheng bestemte også vår antropologiske innstilling, hvor det likeledes handler om det som forbinder, det korrelasjonale, som blir uttrykt med preposisjonene med, mellom og sammen. Men dette innebærer klare differensieringer. ”Con” som opptrer i begrep som ko–eksistens, kon–sens og kon–tinum er basert på ”inter” og ”syn” og utgjør på en måte deres ”bakgrunn”. Det som skjer mellom mennesker som inter – esse, inter – aksjon, og inter – subjektivitet har til forutsetning den ”stadig allerede tilstedeværende” samhørighet. De begrepene med det greske prefiks ”syn” forbundne foreteelser viser til en sammenfatning av det som foreligger, men begrenser seg ikke til det. Begrep som syn–ergi, syn–opsis, sym–phoni, sym–bol, viser ikke bare allerede bestående samhørighet, men forhøyer denne, i det de utgjør en kvalitet av ”oversummerig” som særkjenner enhver ny helhet. Og likevel må synergien gripe tilbake til det elementære fellesskap, ja det er uttrykk for det, fordi vår livsverden ikke er noen statisk størrelse men derimot generativ. Den er par eksellense det skapende prinsipp (red anm.: det kreative skapende prinsipp).

Våre antropologiske overveielser og vår terapeutiske praksis henviser alltid til de tre dimensjonene ***med, mellom og sammen***, som kjennetegner menneskets ”***væren i verden***” (Merleau – Ponty 1945, Müller 1976), fordi det er på en fundamental måte rettet mot verden, forbundet med hvert åndedrett. Man ser den med hvert med et blikk og den faller en i øynene. Mennesket er videre rettet mot andre mennesker, med hvert ord taler det et felles språk, med hver tanke tenker det ”menneskelig”. Det blir gjennom andre mennesker til det det er. På den måten får det sin identitet, og ved selv å være menneske bidrar det til at andre mennesker finner sin identitet. Dette er til syvende og sist sosialiseringens essens: **menneske blir man gjennom medmenneskene.**

Betydningen av denne **opprinnelige relasjon** til andre og til omverdenen (Petzold 1978a) har sin rot i de språklige og ikke – språklige felles kommunikasjonsstrukturer og i vår felles kroppslighet, følelsesverden og åndelighet. ”Språket er ingens ord” (Merleau–Ponty 1969), men det tales av alle. Det ble talt før min munn kunne forme lyder, og det vil fortsatt bli talt når min munn er full av jord. Den opprinnelige samhørighet i kroppsligheten kommer til uttrykk i den felles omsorg for kroppen, pleie ved sykdom og hjelpeløshet, ved jordfestelsen av det avsjelede legeme. Fellesskapet i følelsesverden gjør det mulig for oss å utveksle kjærlighet, fortrolighet og åpner for oss muligheten til å håpe. Den felles åndelighet viser seg i evnen til enighet om de verdier som bestemmer vårt liv sammen. Den opprinnelige bevissthet (uten form, rå og vil, Merleau–Ponty 1971), den stumme kon – sens som kommer til uttrykk i samvirkningen av hendelsene og naturlovene (C.F. Weizäcker 1971), og som også står bak språket, de sosiale strukturer og historiens gang (smlgn. tankene til Merleau–Ponty, Levi – Strauss, Foucault, Derrida), blir ikke taus. Bevisstheten utvikles til kon – sens og vinner betydning og intersubjektiv gyldighet ved sammentreff og diskusjoner. Slik at ”**mening for meg**” *bare er mulig* som ”**mening med andre**” som intersubjektiv kon – sens. Mennesket kan bare lære å forstå seg selv i denne matriks av koeksistens.

**Mennesket ko–eksisterer i tidskontinuumet som kropp – sjel – ånd subjekt i en sosial og økologisk kontekst**. I krysningen med denne kon–tekst og i integreringen i dette kontinuum får det sin identitet: **ved kontakten**, som også er berøring og grensesetting.

**Avhengigheten av verden**, av det økologiske og sosiale rom, gjør at den menneskelige **identitet aldri kan tenkes løst fra disse dimensjoner**. Når patristikken har betegnet menneskene som mikrokosmos, som ”verden i det små” (Petzold, Zenkowsky 1968), så er det dermed sagt noe om menneskenes totale tilhørighet til kosmos. Han ikke bare spiller på denne verdens scene, som skuespiller er han en del av den. Med sin kroppslighet deltar han i denne verdens tekstur.

Det å **være sammen med** gjelder ikke bare her-og-nå, det gjelder i tiden. Mennesket er integrert i ”tidens strøm” og i det fysiske og sosiale liv, ikke bare med sitt individuelle liv, men også med den fylogenetiske utvikling, ja han har rett og slett del i den universelle ”livsstrøm”. **Livet kommer før opplevelsen** (Merleau–Ponty 1945, Frostholm 1978) Ut fra denne viste kon – tekst, fra dette området for primordial ko–eksistens og primordial bevissthet kan ”intersubjektiv bevissthet”, personlig historie og identitet utskilles ved hjelp av ko–respondansprosesser; berøring, møte, kontakt og diskusjon.

Når mennesket trenger andre mennesker for å finne sin identitet, når ko – eksistens med verden medmenneskene er hovedgrunnlaget for vårt vesen, så kan forstyrrelser og defekter bare ha sine røtter i området for denne avhengighet og helbredelse og vekst kan bare realiseres med hverandre.

Ko – eksistens har sitt utgangs- og endepunkt i legemligheten. Legemet er den ”virkeliggjorte personlighet”, til forskjell fra den fysiske kroppen (Merleau–Ponty 1945) Ved intersubjektiv kontakt til omverdenen erfarer mennesket seg selv som levendegjort. Konfrontasjon er legemlig konfrontasjon (Marcel 1978). Kontakt med omverdenen skjer ved ”legemets totale bevissthetsorgan” (Merleau–Ponty, 1945).

# Målene for det terapeutiske arbeidet

Ut i fra den Integrative terapis kort skisserte premisser kan man avlede de overordnede målsetninger for terapeutisk intervensjoner. Det terapeutiske forhold i dyaden og i gruppen, hvor målene skal nås og terapeutens rolle i denne forbindelsen blir vesentlig preget av den terapeutiske metodes menneskebilde og verdensbilde. Når det i den integrative metode dreier seg om **gjenopprettelse**, **bevaring** og **utvikling** av ”***ko–eksistensens identitet”***, og dermed om **gjenopprettelse**, bevaring og utfordring av ***forholdsstrukturen*** til l**egemet**, **til andre og til omverdenen**, når det gjelder å utvikle bevisstheten til konsens, og å opprettholde og styrke den ut i fra egne røtter i kosmos flytende grunnfølelse for sikkerhet og fortrolighet (con–fidential), så er dermed målene og innholdet gitt som virker på metodene og teknikken. I det følgende skal enkelte av disse målene kort skisseres:

# 3.1 Å vinne og å opprettholde grunnleggende tillit

Eric H. Erikson har med sitt begrep ***grunnleggende tillit*** (Urvertrauen) beskrevet en dimensjon av den menneskelige eksistens hvis betydning for samlivet og den terapeutiske prosess ikke kan vurderes høyt nok. Vi foretrekker begrepet ”***grunnleggende fortrolighet”*** (basic trust) fordi det enda sterkere uttrykker at vi her berører basis for menneskelig eksistens, fundamentet som bærer eksistensen. I motsetning til Erikson antar vi at den grunnleggende fortrolighet ikke utvikles i den tidlige interaksjonen mellom mor og barn, men at den i dette første intime forhold bare bekrefter noe som ”alltid” var der. Opprinnelsen til denne grunnleggende fortrolighet ligger etter vår oppfatning i den totale samhørighet mellom mor og barn i livmorens mikrokosmos, den reelle konfluens mellom morens og barnets kropp. Denne inderlige konfluens, som begynner med befruktningen, skaper en bevissthet (awareness) på det organiske plan hinsides alt språk og tanke, at vi er båret, innlagt og unnfanget. Den primordiale ko–eksistens, ja samstofflighet med moren er imidlertid samtidig uttrykk for den totale ko–eksistens med alt som er skapt slik det blir tydelig i forståelsen av utviklingen; livets fremkomst ”ut av vannet” i stadiene av den embryoniske utvikling.

Med fødselen fullbyrdes den første adskillelse, som regel brutalt med den moderne medisins fremmedgjorte unaturlige fødselshjelp. Den inderlige kroppslige samhørighet blir ofte revet i stykker ved at moren skilles fra barnet som bare blir brakt til moren når det er ammetid, og mister den fullstendige kontakt – bundet til ryggen eller til hoften – som mange naturfolk har (Montague 1975).

De fremmedgjøringsmekanismer i de moderne kulturfolk som har preget omsorgen og oppdragelsen av barna bevirker en stadig avspaltning istedenfor en styrkelse av den opprinnelige samhørighet, den grunnleggende tillit. **Forholdet** til ***egen kroppslighet*** blir på grunn av den kroppsfiendtlige oppdragelse ***dyptgående forstyrret*** og med det **også** forholdet til et ***annet menneskes kropp***. **Jeg** og **du** blir et uttrykk for motsetningsforhold, og atskilthet trer istedenfor den eksistensielle erfaring av ”**med**”, ”**sammen**” og ”**mellom**” (Buber 1962) til samhørigheten med hverandre. På samme måten blir samhørigheten med omverdenen som uttrykkes i hvert åndedrag, ødelagt i en utstrekning slik det knapt fortsatt er mulig å erfare omverdenen, det økologiske rom som en del av vår konkrete personlige eksistens – allikevel lever og dør vi med vårt miljø.

Den medgitte grunnleggende tillit er **basis for all terapeutisk handling**. Den garantien for at terapien, selv ved aldri så tidlige alvorlige forstyrrelser, er meningsfylt, for vi har ikke å gjøre med en ”sosialisert” størrelse men med den av den menneskelige eksistens **grunnleggende kvaliteter** med hvilken vi kan nå og berøre de andre som medmennesker. Overalt når det opptrer samklang mellom terapeuten og pasienten på dette plan av primordial ko-eksistens, er helbredelse mulig. Derfor er det vesentlige mål for terapeutisk arbeid, uansett om det foregår enkeltvis eller i gruppen, å skape, å muliggjøre, fordype og styrke opplevelsen av å ”være med”. Dette kan ikke bare skje på et verbalt eller spekulativt plan. Her dreier det seg om eksistensielt å ”innlate seg”, om en intersubjektiv forbindelse, som Gabriel Marcel (1978) har vist, ikke er mulig uten kroppslighet, det gjelder også kroppslig kontakt. Integrativ terapi regner med dette faktum ved at kroppslig kontakt, slik den viser seg i ekte menneskelige bevegelser for trøst, hengivenhet og betryggelse – og det er felles for alle folk – ikke blir underlagt den psykoanalytiske tabu mot berøring (Forer 1969). Dette viser seg spesielt viktig for behandlingen av pasienter med tidlige forstyrrelser. De har enten defekter i kontakten med moren, som i den første fase av livet er utelukkende kroppslig, eller de har på grunn av mishandling og deprivasjon gjort overveiende negative erfaringer med sin egen og andres kropp. En etter sosialisering i den terapeutiske sammenheng – og et slikt konsept er meget meningsfylt – blir imidlertid bare mulig fordi vi ikke må gå ut fra en fullstendig defekt, fra et nullpunkt, men kan bygge på den medgitte grunnleggende tillitt og den til menneskelige individ tilhørende ”**med – væren**”.

# 3.2 Fremme av identiteten

Menneskets identitet kan på grunnlag av foregående betraktninger ikke anses som en monolistisk, i seg selv innesluttet selvsubstituerende dimensjon, den er tosidig. Den dannes i samvirkning (synergi) av kropp og kontekst i tiskontinuumet. Identitet er dermed samtidig privat og offentlig virkelighet. Den oppstår ved sosial rolletildeling og personlig legemliggjørelse av rolle, derved at jeg i min erkjennelse og handling erkjenner meg som den jeg er (identifikasjon), og derved at menneskene i mitt relevante miljø erkjenner og ser meg som denne (identifisering). Identitet vokser altså ut av fellesskapet, av konvergensen av identifisering og identifikasjon (Petzold, Heil 1980). Da denne prosess bunner i tiden innbefatter identiteten både individuell og kollektiv historie. Jo sterkere identifisering og identitetstilskrivning, identifisering fra omgivelsene, fra kroppssubjektets side kan underbygges med identifikasjoner, desto mer pregnant er identitetsopplevelsen. Bortfallet av identifisering og identifikasjon er roten til konflikter og identitetsforstyrrelser.

I barnets utvikling fullbyrdes identitetsdannelsen med utgangspunkt i den ***totale konfluens*** av ”**helhetssamhørigheten**”, gjennom prosesser med økende sanselig differensiering, ved avgrensning innenfra og utenfra, fra en selv og fra fremmede. Dette skjer i vår kultur på en måte hvor grenseopplevelsens fruktbare dobbeltsidighet, som samtidig er berøring og avgrensning, går tapt til fordel for en utelukkende understrekning av avgrensningen. Identitet blir da også i stor grad opplevd som en avskygning i forhold til andre, uten at man dermed med – opplever at dette overhode først muliggjør annen avgrensning. Person og bakgrunn kan ganske enkelt ikke skilles fra hverandre, de er avhengige av hverandre, de eksisterer sammen. Buber har utarbeidet noe liknende i det ”dialogiske prinsipp” ved å konstatere at jeg og du betinger hverandre gjensidig og at denne ikke er tenkelig uten den andre. En identitetsopplevelse som ved all særegenhet og individualisme ikke mister ko – eksistens fra opplevelseshorisonten er derfor oppgaven ved all terapeutisk arbeid.

**Tendensen til avgrensning og oppspaltning** går til dels så langt at mennesker ikke lengre føler seg identisk med sin kropp, men ***kroppen og selvet faller fra hverandre*** i det kroppen blir objektivisert. Men også identifikasjonen med medmennesket, som vi er forbundet til ved vår felles menneskelighet, ”vårt felles kjød”, er i stor grad gått tapt.

I tidligere kulturer og ennå i dag hos primitive kulturer, står enkeltidentiteten tilbake i forhold til folkeidentiteten, det individuelle legeme i forhold til ”det sosiale legeme” (Levi – Strauss 1964). I våre senkapitalistiske samfunn finner man det omvendte fenomen. Samfunnet trer i høy grad i bakgrunnen i forhold til individet. Med dets kompliserthet og absorberende mangfold tvinger det til store avgrensninger, fordi det ikke lenger formidler tryggheten og det beskyttede miljø i de opprinnelige kulturer. Identitetsbegrepet er et moderne begrep. Det er blitt nødvendig for å beskytte individet mot å gå tapt. Det skal gi hjelp til å gjenvinne den allerede vidtgående tapte bevissthet av ko–eksistens, og i den faktiske fremmedgjøring av menneskene fra hverandre å muliggjøre integreringen av en selv med andre. I mellom tiden står det åpent om den (red anm. Identitetsbegrepet) kan fylle denne funksjonen. Den ofte forenklende likestilling av identitet og individualitet er ingen god indikasjon.

I det terapeutiske arbeidet handler det om å gjenopprette denne integrative funksjon i det man griper tilbake til **identitetsdannelsens matriks**, ***dyaden***, i hvilken barnet *erfare*r ”**med – væren**” og ”**hos – væren**”, **seg selv** og **den andre**. Denne intersubjektive matriks som finnes i forholdet mor – barn, i forholdet mellom elskende, venner, mellom terapeut og pasient, gjør tydelig at for identitetsopplevelsen trengs det minst en motpart – selv om den bare er tenkelig tilstede.

Denne dialogpartner, i hvilken pasienten kan gjenkjenne seg, fra hvem han får tilskrevet identitet, som han kan berøre og som han kan avgrense seg fra, skal terapeuten være. I den intersubjektive matriks vokser identiteten i det to mennesker som subjekter møtes i sitt fellesskap og sin forskjellighet, i det alle viktige områder av identiteten er gjenstand for utvekslingsprosesser, av kontakt og møte blir (red. anm.: Identitetssøylene):

1. **Området kroppslighet**, dvs. min kropp og sosial kropp  
2. **Området for sosial kon–tekst**, som tilhører meg og som jeg hører til  
3. **Området for arbeid og ytelse** som jeg kan identifisere meg med og ved hvilket jeg blir identifisert.  
4. **Området materielle sikkerheter**, identifiserer seg selv med og blir identifisert med

5. **Området av verdier** som er mine og som jeg kan dele med andre likesinnede (Heinl, Petzold 1980)

Disse fem støttepilarene som bærer integriteten, og som hver for seg og i fellesskap har privat og felles historie, er gjenstand for prosessene i den terapeutiske kontakt i hvilken den og gjennom den skal få pregnans (Petzold 1980b)

Ved siden av fremmedgjørelsen fra kroppen og fra medmenneskene som relasjon, som er konstitutiv for identitetsopplevelsen, må det henvises til andre mangfoldig forstyrrete relasjoner: den **identifikatoriske samhørighet med omverdenen**. Den materielle verden, som allerede som fra spedbarns av blir opplevet som noe som tilhører ham, og i de første uker av livet, ”allidentitetens matriks” (Moreno 1944), ikke som skilt fra men identisk med ham, har i dag fått en **grad av avspaltethet** i menneskets opplevelse slik at det ikke mer oppfatter det som sin livsverden (A. Schutz, E. Husserl, Merleau – Ponty). Livet finner imidlertid sted i et konkret rom, i en økologisk kon-tekst, - også den terapeutiske – i hvilken kontaktene virkeliggjøres og alltid er tilstede som bakgrunn og horisont av avtagende tetthet. **Bevisstheten for livsrommet** blir ikke bare av betydning som ”bekymring for verden”, men ved den tiltakende ødeleggelse av miljøet også viktig for hvordan individet som må **erkjenne hvor og hvordan dets miljø blir giftig**, for bare da har det mulighet til å unngå eller å endre sykdomsårsaker.

Da identifiserings og identifikasjonsprosessene foregår ***i tiden*** på den ene siden som en ***flytende strøm*** av ”***nå – øyeblikk***” som stadig foregår og som kroppen opplever, og på den annen side ***i tiden*** for sosial overenskomst med samfunnet som vi lever i (regjeringstid, sosial tid) så medfører en ***fremmedgjøring*** ***fra tiden*** en ***nedsettelse og ødeleggelse av identiteten***. Tiden som ”***min – tid***” er ***ensbetydende*** med ”***livstiden***”, det totale liv, i hvilket jeg bare kan lære og forstå meg selv når jeg forstår det i sin helhet og beholder det for øyet (Petzold 1980a,b). Tid er jo ikke bare det ”her – og – nu” opplevde øyeblikk. ***Hele tiden*** omfatter i vår kulturkrets nåtid, fortid og fremtid, som i hvert øyeblikk er tilstede i form av erindring og forventning. Livstidens ”begrensning” utgjør det grensefenomen (red. anm avgrensning) som er basis for identiteten. Det avgrenser mitt liv fra livets strøm, som eksisterte før meg og som vil komme etter meg, og holder meg samtidig i kontakt med den, oppretter ko–eksistens i tidskontinuumet; jeg er ikke bare menneske for meg selv men menneske i menneskehetens historie. Identifikasjon med min personlige og kollektive historie bekrefter min identitet. Jeg tilhører en bestemt kultur og en bestemt epoke, og den identifiseringen jeg får fra dette rom gir meg et ståsted i kontinuumet, meg som et menneske fra det 20. århundre. Kroppens ”her som økologisk og sosial kontekst og ”nå – et” som kontinuumets perspektivistiske øyeblikk er sammensveiset med identitetskonseptet, og fremmedgjøringsfenomener virker i det ene område tilbake på de andre områdene, for fremmedgjøring har tilbøyelighet til å ta alt i besittelse.

# 3.3 Dannelsen av mening

Mening opptrer i sammenhenger som gjelder erkjennelse og handling. Mening kommer fra tanker. Det foran viste ***korelasjonelle dimensjon*** av begrepene kontekst, kontiniuum, ko-eksistens har ***i seg*** meningen som det ***opprinnelige og alltid tilstedeværende ordens- og organisasjonsprinsipp***. Livsverdenens og kroppens ***stumme*** mening, den ***primordiale konsens*** som hersker mellom alt værende, inneholder i det intersubjektive forhold betydning for alt det som det i en gitt kontekst og kontinuum uttaler og benevner. Denne konteksten er ikke bare en romlig og/eller sosial livssammenheng men også en tidsmessig. Når det å finne sin identitet betyr ”***å lære å forstå seg selv i livssammenhengen”*** i kontekst og kontinum (Petzold 1980 b), så menes ikke dermed vinning av mening i tiden, og slettes ikke bare som en intelektuell gjennombrudd, men som ***opplevd mening***, som ***erkjennes meningsfylt***, og som ***muliggjør orientering*** (sans) sosialt i rom og i tid.

Vi får intersubjektiv gyldig mening når dannelsen av mening for det ene er en **meningsfylt erkjennelse av kroppen**, og for det andre **det intersubjektive forhold** som ***vinnes*** gjennom kontakt og meningsutveksling, dvs. korrespondensprosesser.

Livsmening, meningsfylt handling, meningsfylt eksistens, meningsfylt forhold, livets meningsløshet – disse og lignende uttrykk kjennetegner den eksistensielle betydning av mening for menneskene. Når vi ikke lenger kan se noen mening i noen ting, begynner livet å falle fra hverandre og ***bevisstheten*** om den **fundamentale tilhørighet** ***løser seg opp.*** Mening betyr å oppleve seg selv i sammenhengen, å ha tilknytning. Oppbyggingen av mening i terapeutiske forbindelser ligger i selve kombinasjonen; i det **korrelasjonelle felt** hvori to mennesker eller gruppe **søker** ***med hverandre***, ***for hverandre*** og ***for seg selv*** **å finne mening**. I den forbindelse er spørsmålet ikke om å finne den ene eller andre på forhånd gitte mening. ”**Det har mening**” (Merleau–Ponty 1945, 395), må bære enhver situasjon, bli uttalt og utkrystallisert i enhver sammenheng, for vår felles mening blir til av min og av din mening. En stor del av det terapeutiske arbeidet ligger ikke i noe annet enn i denne prosess **å skape mening gjennom korrespondens.** Meningen med mine tidligere, nåværende, ønskete eller fryktede forbindelser i tidssammenhengen, meningen av mitt arbeide, min kroppslighet, min verdiorientering – alt dette skal bli fattbart og bevisst (aware), ved at jeg til de enkelte elementer, personer, hendelser, setter i forbindelse, tar kontakt, opplever berøringer og avgrensninger, lærer å kjenne det stoff som jeg er bundet til. Dette betyr imidlertid at jeg begynner å befri meg fra det ubeviste og determinasjon, vever mønsteret i mitt eget liv, slik som man vever et vakkert stoff, former det aktivt og ikke som et standardprodukt og med standardmønstre som kommer fiks og ferdig.

**Bevissthet (awarenes) skaper samhørighet**, ”unity” men ikke uniformert. Det henviser på de grunnstrukturer som ordner livsverden og på deres enestående pregning i enhver individuell historie. I enhver personlig eller gruppemessig identitet blir de ubiquitære og alltid allerede tilstedeværende strukturer brakt i en ny, ikke gjentagbar og enestående orden, får den premordiale mening spesifikitet som karakteristikken som et menneske, en gruppe, et folk, overvinnes tapet av individualitet, slik det er kjennetegnende for visse av strukturalismens retninger (Levi – Strauss 1950, 1974), og overvinnes til fordel for innskrenkning innenfra og utenfra, fra menneske og verden, fra det enestående og ubiquitære, fra fenomen og struktur. Den surdeig som knytter alt dette sammen, som muliggjør ***enheten i mangfoldet***, som sikrer rikligholdet i helheten og delenes verdighet er mening som intersubjektiv konsens, selv om den bare er synlig og merkbar språklig fattet eller i avstandene, mellomrommene.

# 3.4 Utvikling av intersubjektivitet

Den ”en gang givene” koeksistens må bli bekreftet intersubjektivt, hvis den fortsatt skal være bestemmende for menneskers liv, uten å bli skjult eller ødelagt av fremmedgjøringsprosesser. Ved at det i korespondanseprosessen blir funnet og medelt en felles mening, blir den faktiske ”med – væren” bevitnet og forsterket. For den er ikke i seg selv en innesluttet og begrenset realitet, men en som åpner seg for konteksten og kontinuumets horisont og dermed åpner opp for noe ”mer”.

Slike betraktninger har sin rot i Gabriel Marcel`s intersubjektivitetsteori som i møtet mellom mennesker også innbefatter muligheten for en oversanseliggjøring av virkeligheten:

”*Mitt legeme består av min kropps samhørighet med omverdenen. Men tanken må gå enda et skritt videre. Denne samhørigheten er bare et aspekt av legemligheten. Som det er sagt: Livet er alltid mer enn det å leve, og man kan derfor også si at kroppen som denne kropp er mer enn kroppen min. Dette mer er utfoldelse og kontakt: det er mitt legeme. For akkurat som skikkelsen er min levende tilstedeværelse i tiden så er mitt legeme alltid allerede med: det lidelsesfulle, men også løfterike, åpne forhold til alle” (Marcel 1978, 2)*

Disse Marcels betraktninger er grunnleggende for den Integrative terapis teori om den terapeutiske kontakt (smlgn. Jaquenoud, Rauber, 1980) Subjektiviteten blir alltid bestemt av intersubjektiviteten. Det ene subjekt krever det andre. Menneske **som subjekt** er kjennetegnet av følgende kvaliteter:

1. A det eksisterer og ikke bare funksjonerer, at det **er** og ikke bare ***har***
2. At et subjekt **ikke kan objektiviseres** uten å miste sin karakter av subjekt. Det kan derfor **ikke forklares subjektivt**
3. Subjektet kan bare **oppleve seg selv**, og **oppleves av andre** ”her og nå”, i øyeblikket. Det er derfor en tilstedeværelse (une presence).
4. Subjektet kan **ikke reduseres** til en **sum av komponenter**. Mennesket er mer enn nerveprosessene i kroppen, mer enn summen av dets tanker, følelser og atferd.
5. **Subjektivite**t er **enestående** og kan ikke mangfoldiggjøres.
6. Subjektets **grunnlag er legemligheten**, der er alltid et legemlig subjekt i tiden.
7. Subjektet er ifølge sin karakter **orientert mot andre mennesker og mot omverdenen** (smlgn. Troisfontaines, 1968),

Marcels betraktninger om subjektlegemet stemmer overens med våre vedrørende identiteten, fordyper dem i retning av en etikk for terapeutisk handling, og utgjør et vesentlig mål for vår terapeutiske metode. Intersubjektiviteten er kjennetegnet av:

1. **Et engasjement**, i betydning av en inderlig deltakelse i **den andre som person**, på den måten at interessen for den andre ikke er funksjonell eller saklig – objektiviserende, men dypt personlig.
2. **Personlighet**, dvs. at jeg alltid snakker direkte til en person, ikke over vedkommende, at jeg ikke behandler ham, men forsøker å berøre den andre som en person og lar meg berøre av ham.
3. **Samvære,** der virkelig kontakt er grunnlaget for den gjensidige berøring fra person til person, uten at dette blir fordreiet av projeksjoner og transponeringer.

# 3.5 Fremme av kompetanse og ytelser

Foruten de overordnede mål som følger av den Integrative terapis antropologiske premisser, så gjelder det i terapeutisk sammenheng også å utarbeide og følge begrensete mål, som riktignok er grunnlagt på de overordnede målsetninger og som lar seg avlede av disse. Analogt til læremålsaksiomene kan det i et åpent terapeutisk Curriculum med pasienten utvikles terapiaksiomer (Petzold, 1980e). Dette arbeidet foregår med mest mulig medvirkning av pasienten, dvs. som en korrespondensprosess. På den måten kan det utformes globalmål, retnings-, grov- og detaljmål tilpasset klientens spesifikke forhold og sykdom. Dette arbeidet inntar en viktig plass i den terapeutiske prosess, fordi det umuliggjør en høy grad av transparens og medvirkning fra klienten, og på den måten styrker hans eget ansvar for terapien. Jo klarere terapiens målsetning er for pasienten desto mindre blir han objektivisert. En slik fremgangsmåte stemmer også godt med intersubjektivitetsidealet. Mål og innhold er avhengig av personen og av situasjonen. Den status som er resultatet av diagnose, antagelse og undersøkelse av den aktuelle livssituasjonen blir kombinert med terapeutens teoretiske prinsipper og praktiske erfaringer så vel som med pasientens oppfatning av sitt eget liv, i det de begge, terapeuten og pasienten, samtaler om de foreliggende forhold, dvs. utveksler meninger på det intersubjektive plan og utarbeider retningsmål.

Den terapeutiske prosess forbinder på den måte – og selv om det innebærer en form for ”sund fornuft” – teori og praktisk handling. Det skapes altså i det terapeutiske forhold et **teori – praksis – kretsløp** som muliggjør de spesifikke opplæringstrinn som vi kjenner fra situasjoner for sosial opplæring:

**Fig. 1 Teori – praksis – omløp i den firetrinns korrespondensprosess (Petzold, 1973):**

Situasjon => 1. Runde:

1. **Utgangsfase**: Identifisering og formulering av problemet. Innsamling av opplysninger av alle deltakere på sak – affektplanet.
2. **Handlingsfase**: Ale deltakere diskuterer opplysninger og problemstilling på sak – og affektplanet.
3. **Integrasjonsfase**: Integrering av materiale fra handlingsfasen til konsensbegrunnede begrep.
4. **Nyorienteringsfase**: Omsetning av begrepene i praksis ved samarbeid av alle deltakere dvs. forandring av situasjonen.

Situasjon => 2. Runde:

1. **Utgangsfase**: Nytt i omordning av oppdukkende problem, innsamling av opplysninger.
2. **Handlingsfase**: Diskusjon => enighet (konsensus)
3. **Integrasjonsfase**: Integrering av det nye materiale, revisjon om omformulering av begreper, mål og behandlingsplaner.
4. **Nyorienteringsfase**: Omsetning i praksis av den reviderte eller nye oppfatning.

Situasjon => 3. Runde: osv…….

Forklaring av fasenes funksjoner:

1. Differensiering 🡺 kompleksitet
2. Strukturering 🡺 pregnans
3. Integrasjon 🡺 stabilitet
4. Kreasjon 🡺 transgresjon

I denne forbindelse vil det først og fremst dreie seg om å fremme **kompetanse** og **yteevne** i personlig, sosial og praktisk livsførsel. Med **kompetanse** forstår vi *alle de evner og kunnskaper som er nødvendige for å nå en bestemt målsetning*. Med **yteevne** menes ***evnen til også å omsette dette potensiale******i praktisk handling*** (Petzold, Sieper 1976, Petzold 1979b). På den måten får ikke ytelsen, som i Chomsky (1968), karakteren av tilfeldighet: ”Ytelse må ikke være den resterende eller sekundære (og irrelevante) oppførsel som enkelte språkforskere antyder at den er” (Grimshaw 1969). Den er alltid forbundet med konteksten på forhånd gitte strukturer, fordi den er tilsiktet og interaktiv, og den blir i høy grad bestemt av denne (Hartig, Korz 1971, 106ff). Vi skal kort skissere de kompetanseområder som skal fremmes:

**1. Personlig kompetanse**: er personens evne til å *erkjenne seg selv*, til ***selvregulering*** og ***virkeliggjøring av seg selv***. Personlig yteevne er å realisere disse evner i det personlige liv.

**2.** **Sosial kompetanse**: Forutsetter den personlige kompetansen og er evnen til adekvat iakttakelse og strukturering av sosiale situasjoner. Sosial yteevne består i rimelige interaktive og kooperative handlinger. Personlig ytelse er en forutsetning for sosial kompetanse og ytelse.

**3.** **Kompetanse for praktisk livsførsel:** består av alle de evner og kunnskaper som er nødvendige for vellykket å mestre det daglige liv (familie, yrke, fritid). Også dette kompetanse / ytelses – området forutsetter dem som er nevnt ovenfor.

I utdannelsen av psykoterapeuter blir den profesjonelle kompetanse og kapasitet bygget opp ut fra det praktiske liv. Videre legges det an på målrettet ”å fremme det sosiale engasjement” (Petzold, Sieper 1976). I arbeidet med pasienter blir det også tatt hensyn til dette mål, riktignok mer indirekte, ved at den ”sosiale bevissthet” i den terapeutiske prosess blir styrket. Erkjennelsen av sykdommer og forstyrrelsers sosiale følger er nødvendig for en varig helbredelse og for en terapeutisk innstilling som ikke bare skal drive med tilpasning, ikke bare for å bekjempe samfunnets destruktive krefter, men for å oppleve den sosiale dimensjon som en del av ”menneskenes vilkår”. I den sosiale sammenheng som jeg hører til og som tilhører meg ligger en meningskvalitet som blir ødelagt og går tapt når individualiteten spaltes og begrenses. Den terapeutiske kontakt er en første åpning mot denne dimensjon, som i terapigruppen øker i mangfold og utstrekning, og som blir ytterligere opplevd i det terapeutiske fellesskap. Det gjelder her bare ”**mønstersituasjoner” av positiv sosial kontekst**. Klienten skal bli i stand til å oppsøke slike og være med på arbeidet for å skape dem. På den måten får terapien alltid også en politisk dimensjon, viss betydning ikke kan vurderes høyt nok. (Besems 1977 og 1980, Petzold 1978). Sosialt engasjement, rettet mot oppbygningen av sosial sammenheng, hvori intersubjektivitet kan leves og fremmedgjøring og objektivisering blir redusert, viser seg her å være ikke bare et etisk postulat, men som en del av sannheten, nettopp fordi mennesket er et, etter sin egenart, et sosialt individ.

# 4.0 Den terapeutiske kontakt som ko-respondensprosess

Den terapeutiske kontakt oppfattes som en intersubjektiv ko–respondensprosess som kan skisseres slik:

**Ko–respondens** er en **synergetisk prosess** av direkte, helhetlige møter og oppgjør mellom subjekter på legeme -, følelses- og fornuftsplanet om et tema som tar med den foreliggende kontekst.

**Målet** for ko–respondensprosessen er å **oppnå konsens** som finner sitt uttrykk i begreper som kan føre til kooperativ handling.

**Forutsetning** for ko–respondensprosessen er den gjensidige annerkjennelse av subjektiv integritet, som bekreftes av konsensen, selv om det bare er konsens om på subjektplanet å ta fatt på korrespondensprosessen (Petzold, 1978, 35).

I følge denne dimensjonen er følgende faktorer bestemmende for korrespondensprosessen:

1. **Jeg** – et
2. **Du** –et, dvs. den intersubjektive kombinasjonen
3. **Temaet**
4. **Den konkrete foreliggende situasjonen** med alle dens bakgrunnsdimensjoner, dvs. dens historiske, økonomiske, politiske og økologiske sammenheng.

Disse faktorer virker sammen i en prosess, for i ko-respondensprosesser gjelder **synergiprinsippet** (Petzold 1974, 1977, s. 303), ifølge hvilket ”de samlede virkninger er mer og noe annet enn summen av delvirkningene”. I det synergetiske poeng ligger det **også noe skapende**, på samme måte som det i synopsen (oversikten), sammenfatningen, ligger vinning i forhold til betraktningen av de enkelte faktorer, og i symfonien, samklangen, mer i forhold til summen av de enkelte toner.

I den intersubjektive ko–respondensprosessen oppstår det i samklangen mellom deltakerne en ny struktur, henholdsvis en ny konsens. Den stumme mening, som lå i kontekst og kontinuum, ”den rå og ville mening” (Merley–Ponty 1964), får på den måten, ved at den er uttalt, en overhøyde, den blir ordlagt og får betydning.

Til forskjell fra en terapeutisk samtale, dialog eller diskusjon, har vi valgt begrepet **ko– respondens**, fordi det dreier seg om en ”***i- kontakt–setting***” gjennom møte og diskusjon som ikke bare er begrenset til det **verbale plan**, men også trekker inn det det **ikke–verbale område** og **avstandene i de romlige og tidsmessige forhold**. ”I–kontakt–settingen” med det mål å danne mening, identitet og intersubjektivitet er ko–respondensensprosessens prinsipp. Overalt hvor det er mulig, foregår det på et intersubjektivt plan såfremt pasienten kan gå med på og være med på å utvikle det, hvis ikke blir dette plan underlagt terapeuten. Intersubjektivitet er den stilling (red. anm.: øyeblikk) ut fra hvilken han handler og trer i kontakt. Å inntre i ko – respondens og ko-respondere i betydning av en gjensidig eller evt. Flersidig bevegelse er derved de fundamentale kontaktmuligheter.

Terapeutens ”**seg – i –kontakt – setting**” til pasienten skaper en situasjon i hvilken denne blir bragd i kontakt hinsides all tilbaketrukkenhet eller all motstand. Han kan ikke unnlate i en slik situasjon å ko–respondere, selv om det bare er at han ved sin oppførsel viser at han ikke vil gå aktivt inn i et møte og diskusjon. Watzlawick`s (1964) aksiom: ”**man kan ikke ”ikke – kommunisere**” har her sin fulle gyldighet. Avstandene, innredningen av rommet, er her av betydning for kommunikasjonen. I det øyeblikk terapeuten kommer **inn på ”scenen**” **forandrer scenariet seg**. Pasienten **blir medspiller** i et annet spill, selv om det bare er for kort tid. Dette gjelder naturligvis også omvendt.

**Spørsmålet om motivasjon og frivillighet**, - som er så viktig av etiske grunner og med henblikk på et flytende forløp av behandlingen – **mister her sin grunnleggende betydning**. Så lenge pasienten med sine sanser og sitt åndedrett er i ko – respondens med omverdenen – dvs. til syvende og sist så lenge han lever – er orientert og forholder seg, selv om dette faktum bare skulle være svakt. Her ligger angrepspunktet for enhver terapeutisk kontakt: **i det jeg møter pasienten og møter ham legemlig** (Marcel 1978), **gir jeg ham en identifikasjon** som kan bli en **konstruktiv del av hans identitet**. Det kommer bare av om han tar den imot eller avviser den, men i det kommer i alle tilfeller et svar, som følger av situasjonens oppbygning, gir problemstillinger så vel med henblikk på den terapeutiske etikk som også på indikasjon. Det finnes situasjoner i hvilken et ut fra situasjonen fremtvunget svar kan ha katastrofale følger. Bevisstheten om disse sammenhenger er ofte ikke tilstrekkelig oppøvet hos terapeuten og sykehuspersonalet.

Ko –respondens **som intersubjektivt hendelsesforlø**p kan som regel føres tilbake til språket, ordene og bevegelsene som kommunikasjonsmedium, og allikevel kan det være at vi, selv om vi benytter det samme medium, ikke har noe **felles språk**. Dette **må ofte først finnes**. Uavhengig av dette så kommer det imidlertid til, i enhver **korespondensprosess som lykkes**, noe nytt, nye ord, nye følelser, ny mening. Det gjør det mulig i samhandlingen mellom terapeut og pasient (og evt. mellom gruppen og pasienten) **integrasjon og kreasjon i kontekst og kontinuum**. Ubevisste og ikke forståtte forhold kan bearbeides og innordnes og dermed danne basis for nye innstillinger. Denne prosessen utvikler seg så meget mer intenst **jo større klientens bidrag** til synergien er. Kontaktstrukturens dimensjon blir dypere og rikere, og dens mening som viser seg som mer pregnant.

**Synergiprinsippet** som virker i ko–respondensprosessen sier: at ***helheten av virkninger er mer og noe annet enn summen av delvirkningene***. Dvs. at den terapeutiske prosess, som ethvert intersubjektivt forhold, er en kreativ prosess i hvilken nytt oppstår.

# 5.0 Kontaktmodaliteter

Den intersubjektive ko-respondensprosess, som er kjennetegnet ved engasjement, personlighet og møte, og som er grunnlaget for den primoriale ko–eksistens, har kvaliteten av et eksistensielt forhold. Det er ikke –objektiviserende og må avgrenses fra objektrelasjoner. Vi kan skille mellom følgende kontaktmodaliteter:

# 5.1 Subjekt – kontakter, ”være – forhold”

Være – kontakt betyr: Jeg har den som står ovenfor meg ikke som eiendom, ikke som et objekt, men jeg forsøker å meddele han med hele meg selv, og tilsvarende å fatte ham med hele ham selv. Det siste innbefatter også terapeutens evne til i seg selv å reprodusere inderlig pasientens nå – værende og hans tidligere liv, som grunnlag for ekte forståelse.

I møtet mellom Jeg og Du i gjensidig aktelse, og ved å akseptere den andre som person, utelukkes objektforhold i det terapeutiske arbeidet. På den måten har ikke terapeuten en pasient, men er med han. Han står på grunn av sin spesielle kompetanse nær et menneske som er i nød. I den Integrative Terapi blir derfor begrepet pasient slik det vanligvis brukes avvist, for så vidt som det nemlig objektiviserer, slik tilfellet er i det daglige liv i de fleste klinikker og institusjoner, hvor saklig – funksjonell kontakt trer istedenfor intersubjektiv kontakt. Terapeutens indre holdning må derfor alltid være innstilt på intersubjektivitet, selv når pasienten eller klienten ikke er i stand til helt ut å virkeliggjøre møtet, i betydningen av det her fremstilte konsept. Det kommer pga. dette i den terapeutiske interaksjon til kontaktmodaliteter som man ikke kan få intersubjektiv kontakt med.

# 5.2 Objekt – forhold, ”ha – forhold”

Objektforhold er kjennetegnet ved at det er grunnlagt på et ha – forhold. Jeg har et hus, en hund, en lege. Jeg har en hustru, jeg har barn, jeg har en kropp. I objekt – forhold setter jeg meg i besittelse av en ting, gjør den til min eiendom, holder på den og bestemmer over den. I Sartres eksistensial – filosofiske teori oppbygges objektforhold ved øyekontakt. Med øyekontakt tar jeg den andre til fange og utsetter ham for min vurdering og verdsetting. Selv er jeg da på den annen side objekt for hans kritikk og bedømmelse. I psykoanalysen snakkes det også om ”objektforhold”. Selv om det her ikke er ment som noen objektivisering, så er terminologien problematisk fordi ***språk skaper fakta***. Til nød kan terminologien forsvares i kontaktforhold med barn på et tidlig tidspunkt. Det lille barnet som enda ikke har erfart seg selv som subjekt, står i et visst objektforhold til *seg selv.* Det er i sine kontakter til omverdenen bestemt av ha – forhold, men ikke utelukkende, fordi forbindelsen mellom mor og barn er på et meget fundamentalt et være – forhold.

I den klassiske psykoanalyses konsentrerte behandlingspraksis ligger faren for re – infisering av pasienten og begrepsvalget er vel derfor ikke tilfeldig. Den objektiviserende karakter av psykoanalytisk språk og psykoanalytisk tenkning kommer ofte til uttrykk i Freuds verker. Som et eksempel er her et sitat fra ”Nytt nummer av forelesningene om innføringen i psykoanalysen” (1933 G.V. 15, 158f), hvor han om barneanalysen skriver: *”Vår vinning ved disse arbeider var at vi på det levende objekt kunne bekrefte det som vi hos voksne så at si ut fra historiske dokumenter hadde sluttet oss til…. Det viste seg at barnet er et meget gunstig objekt for den analytiske terapi. Barnet er psykologisk sett et annet objekt enn den voksne…”*

Objektforhold tilfredsstiller i alle fall ikke etter våre antropologiske og etiske premisser bildet av mennesker som subjekt. Når det også gjelder forhold mellom mennesker blir det nødvendig å omgjøre objektforhold til subjektforhold, dvs. til intersubjektivitet. Pasienten kommer ofte til terapi fra en ha–innstilling: han **har en sykdom** og *trenge*r derfor en terapeut. Å klargjøre for pasienten hva dette betyr, å være syk, og sammen med terapeuten arbeide for å bli frisk, er en av psykoterapiens viktige oppgaver, og denne er så meget vanskeligere jo sterkere pasienten tar **terapeuten i besittelse** og gjør ham til objekt for sine livsfjerne eller infantile ønsker.

# Saklig – funksjonelt forhold, ”Gjøre – forbindelser”

I den terapeutiske ramme (setting) inngår naturligvis også saklig – funksjonelle forhold. I motsetning til objektforhold dreier det seg her ikke om en bemektigelse, om å besitte eller å bli besittet, men om funksjonelle prosesser som er bestemt av hensiktsmessighet og produktivitet. Forholdet til en apotekansatt er saklig – funksjonelt. Jeg får medisinen i bytte mot penger. Varer og tjenester blir utvekslet på et saklig – funksjonelt plan. Pasienten kommer, bringer sin sykmelding, blir undersøkt, får en resept og går. Slike saklig–funksjonelle forhold er nødvendige og kan ikke utelukkes i vår kompliserte samfunnsstruktur. Men de blir unektelig betenkelige når de kommer istedenfor nødvendige og mulige personlige, dvs. intersubjektive.

Nettopp i psykoterapien er derfor et fremherskende saklig – funksjonelt forhold ikke mulig, fordi det dreier seg om et interaksjonelt hendelsesforløp fra menneske til menneske, fra person til person.

Den intergrative terapi tar i sin behandlingsmetodikk og behandlingsteknikk konsekvent regning med kontaktmodalitetenes implikasjoner. Den prøver å **bygge opp intersubjektivitet** i det den tilstreber en ”**direkte kommunikasjon**” (Petzold 1973) mellom terapeuten og pasienten, eller hvis det gjelder gruppeterapi, mellom gruppens enkelte medlemmer. Det skjer for eksempel ved den gestaltterapeutiske regel å snakke i **jeg – uttalelser** og å unngå generaliseringer som **man**, vi, enkelt mange o.a., videre ved at man ikke snakker ”over” personer som er tilstede og på den måten gjør personen om til objekt, om hvilken man forhandler (Perls 1980, Rahm 1979).

Et annet moment er ”sharing” (deling), i gruppeprosessen eller i den terapeutiske interaksjon å fortelle om egne opplevelser og om egen forlegenhet, slik den er utviklet av Moreno. Det dreier seg om grunnleggende å være beredt til å vise seg for den andre og å ta imot ham som menneske.

Marcel understreker at fullstendig intersubjektivitet bare er mulig i et kjærlig forhold, for bare i kjærligheten er en virkelig kjennskap og forståelse mulig, og det er jo det det gjelder i menneskelivet og i terapien, som hjelp til å lykkes i dette livet: Å lære å kjenne og forstå seg selv, de andre og verden, for å føle seg hjemme. Det kjærlige forhold blir av Marcel (1978) nettopp foreslått som mønster for lege – terapeutisk handling. ”Man burde vel overveie, i lys av disse innledende forespørsler, om en lignende form for å **innlate seg** med **den andre** slik at jeg på en gåtefull måte tilegner meg hans legeme som hans livs nå – værende skikkelse, slik at jeg er beredt til å ta den på meg, å gå inn den, å lide med den og på den måten erkjenne – ikke må kreves som en grunnleggende fag i legebehandlingen. Dette faget kan riktignok ikke læres bort og ikke læres. Det går radikalt utover det som medisinen vitenskapelig kan utrette, Men sikkert er det dette faget om en nøktern, klartseende, medlidende kjærlighet til den uomgjengelige forutsetning for å kunne hjelpe et annet menneske til å bli frisk (Marcel 1978, 71).

Derfor i å hjelpe terapeuten å overvinne sitt panser (Reich), hans egen nevrotiserig, ”å finne sitt hjerte” (Lowen 1975), slik at han uten forstillelse kan tre i kjærlig kontakt. Denne kontakten skal ikke forstyrres av overføringer og begjær, av uopplevde barnslige ønsker. Det er bare med en terapeut med møte – og kontaktevner at en klient igjen kan få tilbake evnen til kontakt, overvinne avspaltning og fremmedgjøring og i samhørigheten finne sitt sted og sin trygghet.

For terapeuten er det ikke bare å aktualisere sin egen subjektivitet og å finne en adgang til pasienten eller klienten. Han må dessuten bli følsom for objektiviseringer (for eksempel overføringer) og ha et klart blikk for saklig funksjonalitet som er understøttet av en intersubjektiv grunnholdning og ikke ofrer menneskene til fordel for det funksjonelle optimum. Han må derfor erverve seg en sikkerhet for de tre kontaktmodaliteter, som vi har utarbeidet ved å gripe tilbake til forskjellen mellom ”være og ha” forhold hos Gabriel Marcel (1965) (smlg. også Jaquenoud, Rauber 1981).

# 6.0 Terapistiler

På grunnlag av utredningene ovenfor fremstår ideene for utviklingen av en Integrativ terapistil, slik den har utviklet seg innenfor rammen av vårt institutt. Men dette ikke bare og i det vesentlige på grunnlag av teoretiske overveielser, men ut fra vår praksis, hvor i overensstemmelse med våre kilder, psykoanalyse og dramaterapi, to ytterpunkter som skrek etter forbindelse: på den ene siden abstinens og på den andre siden psykodramaets eller den gestaltterapeutiske vestkyststils selfdisclosure (selvavsløring) og sharing. Problemet er ikke nytt. Allerede Iljine så seg som dramaterapeut og psykoanalytiker konfrontert med dette, og hans lærer i den analytiske metode, Sandor Ferenci, har med utviklingen av sin ”aktive – teknikk” og inkluderingen av direkte henvendelse til klienten i den analytiske prosess (smlg. Barneanalyse med voksne 1931) tatt de første skritt til en integrativ metode. Også perls og første generasjons gestaltterapeuter, som ikke kunne benekte deres psykoanalytiske arv, stod foran den oppgave å forbinde deres fra eksitensialismen og fra de Buber`ske møtetanker og pregede holdninger og erfaringene fra den psykoanalytiske praksis med hverandre. Det ligger nær at man her ikke fant noen enhetlig vei. Under innflytelse av Lore Perls, Paul Goodman, Paul Weisz og Fritz Perls, tidlige stil utviklet det seg på Amerikas østkyst en gestaltterapeutisk stil som var preget av en sterkere enn vestkystens. Denne var sterkere preget av innflytelsen fra den humanistiske psykologi og dens eksperimentelle innstilling, en retning som senere ble tatt sterkere opp av Perls i sekstiårene som psykiater ved Esalen instituttet i California, og som i dag J. Simkin (1976), C. Naranjo bl.a. representerer.

Under innflytelse av Eving og Miriam Polster (1975) begynte det å utvikle seg en mer fleksibel, multimodal, og mer på ”selfdisclosure” innstilt stil(Smith 1976, Levin, Sheperd 1974) Med vår egen metode prøver vi å **forbinde den eksperimentelle**, på **self – discolsure** grunnlagte stil med den fra den **analytiske abstinens** ved den **delvise delaktighet** (Petzold 1979 a) og den **selektive åpenhet** (Cohn 1975) I det følgende skal vi skildre mulighetene for den abstinente, eksperimentelle og integrative stil under tilbakegripen til psykoanalytiske og gestaltterapeutiske holdninger, med det mål å vise at de ikke er alternativer men må oppfattes som indikasjonsspesifikke muligheter for terapeutisk atferd.

# 6.1 Abstinent stil

Den psykoanalytiske behandlingsmodells abstinente stil skaper en ramme (setting) som er spesielt egnet til å vekke, eller intensivere foreliggende overføringer. Ved terapeutens holdning, som praktisk talt ikke bringer seg selv som person inn i den terapeutiske prosessen, dannes det et projeksjonsfelt i hvilket opplevelses- og oppførselsmønstre fra den tidlige barndom aktualiseres, gjentas og på den måten kan bringes til kjennskap. Det oppstår et langfristig anlagt regresjonsklima i hvilket kontaktmønstret kan bli internalisert og hvor klienten ved at overføringshendelsene tydes, lærer å skjelne mellom virkelighet og fantasi. Ved at analytikeren bringer så lite av sin personlige virkelighet blir området for fantasiskapning stimulert, og kan utvikle seg uten å forstyrres av hverdagens interaksjons realiteter. Den abstinente stil gjør det også mulig for terapeuten å tyde overføring og motstand som det det er, uten å vikle seg inn i forhold med den opptredende pasienten, og pasienten får dermed den mildest mulig surrugatilfredstillelse for sine symptomer, og infantile ønsker lir frustrert (Laplanche, Pontalis 1973). Abstinens muliggjør enn videre at motoverføring kan håndteres bedre. Den terapeutiske avstand tillater et klart skille mellom virkelighet og selvprojeksjon, henholdsvis fantasiskapte innskytelser. Aktiviseringen av opplevelses- og atferdsmåter fra den tidlige barndom i overføring gjennom den terapeutiske abstinensstil gjør denne fremgangsmåten for behandling av forstyrrelser med tyngdepunkt i den tidlige barndom, men riktignok ikke for området ”tidlige grunnforstyrrelser” (Balint) eller primærnarsisistiske forstyrrelser (Kohut, Kernberg, Masterson).

En konsekvent abstinensstil har imidlertid også noen mangler. At terapeuten avslår, og med sin personlige identitet blir skjult, skaper en høy grad av tvetydighet og angst (Menniger 1958, 53 – 58, Glover 1955, 88 – 107). Det har til følge at motstanden mot å utlevere seg til situasjonen vokser. Den lange innløpstid i psykoanalytisk behandling kan delvis skyldes dette forhold, og på den annen side den kjensgjerning at terapeuten ikke gir pasienten en postiv imitasjonsmodell. Betrakter man ”settingen” i et abstinent terapiforhold fra læreteoretisk synspunkt, så kan man si at terapeuten, ved at han gir liten stimulans, også knapt fremkaller respondent atferd, og at også aktivt atferd, i det minste i begynnelses fasen ikke opptrer med stor sannsynlighet. Dessuten blir det på grunn av den abstinente terapeuts sparsomme inngripen bare forsterket selektivt, hvilket i den psykoanalytiske situasjon før til at både verbalisering og introspeksjon blir fremmet, men at de med disse forbundne kroppslige uttrykkshandlinger ikke blir angrepet, og derfor ikke blir tilstrekkelig integrert i den terapeutiske prosess (smlg. også F. Deutsch 1947, Greensom 1975, 483 ff) Ved den abstinente stils regressive ”setting”, i hvilken klienten står i et entydig på forhånd strukturert avhengighetsforhold i betydningen en asymmetrisk rollefordeling til terapeuten (Beckmann 1974), blir komponentene av eget ansvar ”**response – ability**” (Perls 1980) for store deler av terapiens vedkommende, ikke tilstrekkelig fremmet.

Analytiske terapeuter begynner mer og mer å ta hensyn til dette forhold. Greensom (1975, 288 f.) sier det slik: *Den analytiske fremgangsmåte er uvegerlig en smertelig, ensidig nedværdigende opplevelsefor pasienten. Når vi vil at han av dette skal fremstå som et selvstendig menneske og samarbeide med oss som medarbeider kan vi ikke ustanselig nedværdige ham ved ikke å forklare for ham de metodene vi benytter. Vi kan ikke behandle ham som et barn, og så forvente at han skal kunne bli et modent menneske. Likeså viktig som det er å beskytte overføringssituasjonen, like viktig er det å ta vare på pasientens rettigheter og selvaktelse.*

# 6.2 Eksperimentell stil

Denne holdning finner vi hos talsmenn for den eksperimentelle stil, slik den ble utviklet i området ”Humanistisk psykologi” (Völker 1980, Jouard 1968, Rogers 1967, Mowrer 1974, smlg. Weiner 1978).

De eksperimentelle terapiformer setter opplevelse i her – og – nået og en fullstendig åpenhet mellom terapeut og klient i sentrum for sin psykoterapi praksis. Bare ved absolutt åpenhet og gjensidig aksept er etter denne innstilling, terapi mulig. Helbredelse skjer i det mellommenneskelige møte, i hvilket intet lenger er skjult. Denne ide ble utviklet av Moreno allerede i 1924 for psykodramaterapien, og senere tatt opp av tallrike eksistensial – psykologiske terapeuter (May, van Kaam 1963, Maslow 1967).

Når man med Mowrer (1964), og Jourard (1968) antar at tilsløring (concealement) er årsaken til tallrike psykiske forstyrrelser, og når man med Wilhelm Reich (1972) hevder at undertrykkelsen av uttrykksimpulser er en betydelig komponent i patogenesen av nevrotiske og psykotiske sykdommer, så kan det derav avledes at ”ekspressive behavior”, å uttrykke det som er tilstede som tanker og følelser, aleine allerede virker helbredende.

Den eksperimentelle holdning sikter på å stille til disposisjon et ”facilitating environment” (et miljø som gjør det lettere), i hvilket uttrykksatferden i størst mulig grad fremmes. For dette er det nødvendig at terapeuten, ikke praktiserer en ensidig mektighet, men viser seg selv slik han er. Ved hans ”selfdisclosure” gir han klienten mulighet til å avsløre seg selv, gir ham en positiv imitasjonsmodell for uttrykksfull atferd og skaper en vidtgående angstfri atmosfære (Schneider 1980b). Selv – undersøkelsen blir fremmet og klienten lærer, i interaksjon med terapeuten, nye atferds- og iaktakelsesmuligheter. Høydeforskjellen mellom terapeut og klient er praktisk talt opphevet, slik at de fleste eksperimentelle terapeuter unngår betegnelsen ”pasient” og tilstreber en kameratslig arbeidsforhold.

Men overfor fordelene ved den eksperimentelle stil, som på grunn av dens positive imitasjonsmodell og dens høye stimuleringsverdi raskt setter i gang sterke emosjonelle prosesser, står det også mangler

Således kan en for tidlig eller for intens selv – avsløring også medfører at veksten blir hindret, slik Michael Barg (1977, 54) understreker: ”*Derved at jeg avslører for meget av meg selv har jeg fratatt meg selv vekstprosessen, den fine og skrøpelige grense av bevissthet og egentransedens, som henviser til ny vekst og belyser nye muligheter for egen virkeliggjørelse. Selvavsløring kan rense sinnet for negative følelser og klargjøre det affektmessige liv. Hvis den imidlertid blir brukt til overmål så hindrer den virkelige vekst.”*

Ved det forhold at nettopp for mennesker med psykiske vanskeligheter er intersubjektivt møte, på grunn av den store grad av overføringer og projeksjonsprosesser innskrenket, blir utviklingen av en terapeutisk interaksjon basert på en fullstendig gjensidig selv – avsløring vanskelig. ”Helbredelse ved møte” (Trub 1949) kan først fullbyrdes når klientens møteevne og møtemuligheter er bygget opp. En fullstendig selvavsløring, hvor terapeuten konfronterer klienten med sine egne vanskeligheter og sine problemer, forutsetter en forholdsvis stor Jeg – styrke hos klienten. Derved at oppmerksomheten fortrinnsvis er rettet mot uttrykksatferd, som altså blir synlig ved klientens og terapeutens atferd i den terapeutiske interaksjon, består faren for at ubeviste prosesser og mekanismer ikke blir lagt merke til. Den for sterke, ofte forkortende sentrering på her – og – nå (Petzold 1980 a), på omverdenen, på ”forgrunnsbegivenheter”, kan føre til forsømmelse av der – og – når eller det fremtidige, dvs. innerverdenen. Den eksperimentelle stil krever av terapeuten en høy grad av ansvar. Det krever og fremmer en voksen atferd, og det foreligger absolutt muligheten for at det stilles for store krav til pasienten og terapeuten. Behandling av motoverføringen krever mer anstrengelse av terapeuten. Den personlige interaksjon på møteplanet krever diskusjon om virkelige situasjoner. Klienten blir, såfremt han er voksen for disse diskusjoner eller kan gjennomføre dem, gitt et fremragende opplæringsområde, idet transferytelsen, som ved en psykoanalytisk behandling må bringes fra ”terapirommet” til ”det virkelige livs rom” blir forgrepet.

Ved at terapeuten viser seg så tydelig kommer han til å prege klienten. Hans verdier, holdninger, egenart og atferdsmåte blir mer umiddelbart formidlet til klienten enn i den abstinente situasjon. Det kan imidlertid betviles om den abstinente stil er mindre pregende. Den preger mer subtilt, mindre åpent og kan derfor ikke så lett bli problematisert. Da eksperimentelle terapeuter som regel ikke arbeider med overførings / motoverføringsbegrepet kommer dessuten at overføringsvanskeligheter alltid fører til virkelige diskusjoner som må utholdes og utkjempes. Jo større grad av awareness som terapeuten har og som klienten oppnår, desto klarere blir det som er virkelig, sett og hendt en oppløsning av fantasibilder i den terapeutiske interaksjon, derved at virkeligheten blir erfart som virkelig og oppleves som mekanismer som ikke – virkelighet eller som ikke i overenstemmelse med den faktiske situasjon. Den eksperimentelle stil forutsetter under alle omstendigheter en integrert terapeutpersonlighet som har gjennomarbeidet sin egen problematikk, og han passer bedre for klienter som er innstilt på vekstorientert arbeide enn for pasienter (smlg 274) for hvilke man må arbeide med en reparerende målsetning. Det er kontraindisert ved ”tidlige forstyrrelser”. Eksperimentalismen er således ikke problemfri, ja mer problematisk enn flertallet av dem som forsvarer den antar. Kjærlighet, åpenhet og ekthet er nå engang ikke tilstrekkelig i ethvert tilfelle. Weiner (1978) har påpekt de mulige farer, og i en detaljert analyse av litteraturen om ”self – disclosure” påpekt grensene for denne fremgangsmåte.

# 6.3 Den integrative stil for ”selektiv åpenhet” og den ”delvise deltakelse”

De to terapeutiske holdninger, abstinens og self – disclosure, er ikke noe enten eller, men muligheter i et spekter som kan benyttes indikasjonsspesifikt og situasjonsspesifikt. Greenson (1975, 289) har for den analytiske fremgangsmåte likeledes understreket å behandle i et spekter, selv om dette spekteret er betydelig mindre omfattende oppfattet en i vår grunntanke: Analytikeren må føle seg tilstrekkelig nær pasienten til å være i stand og føle med sitt følelseslivs intimeste detaljer, men han må være i stand til å kunne distansere seg tilstrekkelig til å forstå ham objektivt. Dette er et av det analytiske arbeidets vanskeligste utfordringer.; vekslingen mellom den periodiske delvise empatiske identifikasjon og så tilbake til iaktakerens, kritikkerens osv. rolle. En slik stilling er i forhold til det som Freud, i alle fall i teorien, hevder et kolossalt fremskritt. Freud (1912), i ”Råd til legen ved psykoanalytisk behandling” (GW 8, 380 f) uttalte: ”*Jeg kan ikke innstendig nok anbefale mine kolleger å ta kirurgene, som setter alle sine følelser og til og med sine menneskelige medfølelse til side og sette alle sine åndskrefter inn mot et eneste mål: å utføre operasjonen så godt som mulig, som forbilde under den psykoanalytiske behandling…Denne følelseskulde som kreves av analytikeren rettferdiggjøres fordi det gir de beste betingelser for begge parter, for legen den ønskelige skåning av hans følelsesliv, og for pasienten den største hjelp som det er mulig for oss å gi i dag”.*

Å gå ut i fra at pasienten bevist og ubevist skjønner hva som foregår i terapeuten og at terapeuten – og bare ved å øve vold på og i det lange løp forkrøple sin personlighet – ikke alltid kan han holde sine sinnsbevegelser i ”jevnt svevende oppmerksomhet”, er fullstendig å skjule sine følelser ikke mulig og ikke ønskelig. Terapeuten er som en hel person, med hele sin til enhver tid tilstedeværelse, sine tanker, følelser og atferdsytringer, intervensjoner og disse i konstant forhold til den tilstedeværende klienten. Dette er fakta og noe annet er etter ko-respondensideen ikke mulig, medbestemmende for terapeutens indre stilling. Ut fra klientens eksistensfornemmelse i øyeblikket, og av terapeutens oppstår det noe slikt som en spontan kvalitet i kontakten. I denne inngår overførings- og motoverførings elementer. De må alt etter terapeutens teoretiske ideer og erfaringer i behandling, forandres slik han anser det passende for terapiens situasjon i øyeblikket og dens fremgang. Det foregår dermed alltid prosesser av innvendig distansering og regulering i forhold til den øyeblikkelige situasjon, og dette ikke bare på grunnlag av refleksjon og avgjørelse, men med økende erfaring, på et intuitivt plan. Terapeuten innstiller seg på klienten og på det som i øyeblikket er nødvendig for han. Han er i denne prosess i overenstemmelse med sin terapeutiske identitet. Han tar ikke på seg en maske eller spiller en rolle, men betingelsene i den terapeutiske situasjon er medbestemmende for den emosjonelle stilling. For så vidt kan vidtgående absyinens og vidtgående self – disclosure antas som to alternative muligheter, som i bestemte terapeutiske situasjoner kan være meningsfylte og til og med nødvendige. Den terapeutiske praksis – og også psykoanalysens – befinner seg mellom disse to poler. En terapeutisk stil, i hvilken self – disclosure og abstinens kan forbindes, er beskrevet av Laura Perls (1971) som ”**selektiv åpenhet”**: ”*Verbalt medeler jeg pasienten så meget om min erkjennelse (awareness) som gjør det mulig for han å ta det neste skritt selv,. Jeg gir han på den måten support slik at han i konteksten av sin nåværende vanskelighet kan ta på seg en risiko. Hvis jeg meddeler han for meget er det mulig at jeg provosere frem en negativ terapeutisk reaksjon: uutholdelig angst, flukttanker, motstand, stivning, desensibilisering, projeksjon. Naturligvis lærer pasienten å erkjenne mine reaksjoner, selv om de ikke blir verbalisert…..Problemer og erfaringer fra mitt eget liv eller fra andre pasienters, meddeler jeg bare nr jeg venter at disse gir pasienten support for en mer fullstendig virkeliggjørelse av hans stilling og potensiale, dvs. bare når det hjelper ham til å gjøre et neste skritt” (L. Perls 1971, 127)*

Ruth Cohn (1975) tar fatt i denne tanke og ser åpenbart ingen problemer med å forene den med sitt utgangspunkt ”Vær i hvert øyeblikk deg selv”. Den personlige avgjørelse, ikke å avsløre seg eller bare å vise en del, kan fullt ut være uttrykk for overenstemmelse med seg selv. Self – disclosure får bare mening når ekshibisjonisme, ”titting” og bemektigelse er utelukket, når tvang og angstatmosfære ikke trenger inn i det terapeutiske forhold.

Det som i vår praksis kjennetegner terapeut / klient forholdet er ko-respondensprosessen møtet og diskusjonen, en gjensidig eksperimentering med mulighetene kontakt, nærhet, avstand, abstinens, self – disclosure (Schneider 1980 b), for i hvert øyeblikk å finne den riktige og passende interaksjonsform. Dette vil avhenge av klientens og terapeutens personlige bæreevne og aktuelle belastningsevne. Terapeut - / klient forholdet kan derfor ut fra dette synspunkt sammenlignes med et regulatorsystem, som avveies alt etter ”input” til enhver tid (Rahm 1979).

Hvordan blir nå dette potensialet gjort fruktbart i den terapeutiske prosessen? Enhver interaksjon mellom mennesker, enhver meddelelse av opplevelse og erfaringer, har en stimuleringsverdi for alle som deltar i ko-respondensprosessen. Når for eksempel pasienten uttaler ordet ”mor”, så handler det for terapeuten om mer enn et akustisk budskap. Kvaliteten av stemmen, mimikken og bevegelsene som uttales med dette ordet, gir den lyttende terapeut selv et komplekst signal som kan frigjøre allsidige følelser, erindringer, fantasier, gamle scener. Ofte blir reaksjonene på den evokative styrke (Petzold 1980 c) av disse komplekse signalene undertrykket, de blir avvist, slik at de ikke kommer til overflaten i bevisstheten, og avvisningen blir større jo mer angstutløsende og truende de innhold er som vekkes. Men en slik avvisning gjemmer for terapeuten en verdifull informasjonskilde om seg selv, om klienten og om den terapeutiske interaksjon. Å innlate seg på signalene som går ut fra pasienten og fra fremstillingen av hans problemer, og gå inn i de scener han frembyr, skjuler alltid for terapeuten fare for å bli oversvømmet av sine egne følelser og erindringer. Men å reagere på denne faren med å adskille seg er ikke den riktige veien. **Delvis deltakelse** betyr for terapeuten at han i noen grad slipper til erfaringen på planet sin egen opplevelse, sin egen emosjonalitet, sin egen kroppslighet, at han ikke blir konfluent, at han ikke mister sin selvregulering, men at allikevel hele mangfoldet av personlig erfaring står til hans disposisjon. For så vidt som deltakelsen altså bare er ”delvis”, snakker vi om ”delvis engasjement” – hvorved en total deltakelse, selv med høy empati, uten videre knapt noen gang er gitt. Hvor intenst enn en terapeut har innlatt seg på pasienten, ”hvor dypt han enn har nærmet seg idealet om forening (unification), så er enheten (unity) aldri fullstendig på grunn av den organiske og psykologiske begrensning” (Moreno 1946, 240).

Det delvise engasjement som en holdning for å innlate seg, uten å miste seg selv, skjer på fire plan:

1. Innlatning på **seg selv**
2. Innlating på **pasienten**
3. Innlating på de **innhold som kommer til uttrykk** i den terapeutiske seanse
4. Innlating på den **terapisituasjonens aktuelle kontekst**

Det kommer på den måten i stand en empatisk – intuitiv prosess, som er kjennetegnet ved at den klare erkjennelse av situasjonen i her – og - nå de ”foregående erfaringer” etter synergiprinsippet, virker sammen (hvori for øvrig en definisjon av ”intuisjon” er gitt). Til enhver tid blir altså hvor meget man selv er berørt og de fremkalte egne scenerier trukket inn i hendelsene. Et eksempel for å tydeliggjøre dette: *Forteller for eksempel. Pasienten om mørkeredsler han har hatt som liten gutt, når han om aftenen måtte gå gjennom den dystre gangen, så kan terapeuten gi seg inn i sceneriet og la lignende erfaringer og stemninger komme frem, men bare i en grad som ikke hemmer hans erkjennelses- og handlingsevne. Den ”indre medutførelse av sceneriet” gjør det mulig for ham helt å forstå hvor klienten i øyeblikket står. Det blir således trukket inn en dimensjon som går langt utover kognitiv forståelse: ”scenisk forståelse” (smlg. Lorenzer 1969, Petzold 1980).*

Den terapeutiske holdning i det ”**delvise engasjement**” krever av terapeuten en høy grad av **reguleringsevne** når det gjelder hans egne følelser og behov. Å tillate en emosjonell deltakelse, som også er merkbar for pasienten, uten å gjøre ham usikker (da den ikke sikter for høyt), **skaper et terapeutisk klima for aksept og verdibedømmelse** i hvilket vekstprosessen blir mulig. Den danner en videre **modell for pasienten**. Den **viser** at det finns **muligheter for å regulere følelsene**. Et videre kjennetegn er **reguleringen av nærhet og avstand**. Terapeuten kan ved det ”delvise engasjement” gi klienten så meget nærhet som det i øyeblikket synes indikert i den terapeutiske prosess, uten å stå fare for å miste avstanden og bli innlemmet. Delvisheten ligger altså i det i det at terapeuten engasjerer seg for klienten, men **ikke blir involvert med han**. Det er i ethvert terapeutisk forhold moment av avstand, fordi terapeutens distanseringsevne og mulighet må bevares. I det øyeblikk hvor ”engasjement for” blir et ”involvertværende med”, går det for det terapeutiske forhold nødvendige ”oversikt over det som foregår” hvorfra det blir mulig for terapeuten å intervenere som **facilitator**, tapt. Kontakten, i dens dobbelte funksjon av berøring og begrensning er degenerert til **konfluens**.

# 6.4 Dimensjoner i det terapeutiske forhold

# 6.4.1 Overføring

I den Integrative stil spiller fenomenene overføring, motoverføring og mostand en fremstående rolle, på samme måte som i enhver dybdepsykologisk basert og dynamisk rettet terapi. Her skiller vi oss fra Moreno, som riktignok ikke benektet overføringen, men allikevel regnet den som forholdsvis uvesentlig, og fra gestaltterapeuter Simkin (1978) eller Polster (1975) som heller ikke tilla den særlig betydning. På samme måte som gestaltterapeutene å Amerikas østkyst sr vi i overføringsprosessen og dens terapeutiske bearbeidelse en forutsetning for at terapien skal lykkes (smlg. French, Fromm 1980) Iljine (1942) har gjort analysen av overføringen og av motstanden til et av hovedpunktene i det terapeutiske teater, og tillagt en differensiert behandling av motoverføringen en verdi.

Hos Moreno og Perls derimot finnes det eksplisitt ingen forståelse for tanken om motoverføring, selv om Morenos tele – begrep (Mathias, Petzold 1981, Leutz 1974, Kellerman 1980) og forestillingen om terapeutens ”awareness” (Perls et al. 1951) innebærer motoverføringsfenomener.

I likhet med Freuds opprinnelige overføringsbegreper anser vi, i overenstemmelse med de forannevnte forfattere, som et patologisk fenomen. Freud skrev allerede i 1901: *”Under den psykoanalytiske kur kan man vel si at nydannelsen av symptomer regelmessig stanset (tilbakehold). Nevrosen produktivitet er slettes ikke opphørt, men betjener seg av å skape en spesiell type, for det meste ubeviste tankebilder, som man kan gi navnet ”overføringer” (G.W. ”Bruddstykker av en hysterianalyse” 5, 279). Overføringen forrykker virkeligheten. Det er en falsk sammenknytning” (Freud 1985, ”Studier over hysteri” G.W. 1, 308F).*

*”Hver gang vi behandler en nervøs psykoanalytisk opptrer det hos ham det fremmedgjørende fenomen, den såkalte overføringen, dvs. han tillegger legen en viss grad av samme, ofte nok med fiendtlighet blandete tilskyndelser, som ikke er grunnet på noe virkelig forhold, og som etter alle de måter det opptrer på må avledes av den sykes gamle og ubevisst blevne fantasiønsker. Den del av hans følelsesliv som han ikke lengre kan tilbakekalle i erindringen, gjenopplever den syke i sitt forhold til legen, og blir først i en slik gjenopplevelse i ”overføringen” overbevist om både eksistensen og styrken av disse ubeviste seksuelle innskytelser. Symptomene som, for å benytte en lignelse fra kjemien, er nedslagne av tidligere kjærlighetsopplevelser (i videste forstand) kan også bare løses og overføres i andre psykiske produkter i overføringsopplevelsens høyere temperatur. For denne reaksjonen spiller legen, som udmerket uttrykt av S. Ferenczi rollen som et katalytisk ferment, som periodevis trekker til seg de av prosessen frigjorte affekter” (Freud 1910, G.W. ”Om psykoanalysen” 8, 54 F.)* Det at det i den psykoanalytiske litteratur er blitt vanlig å betegne ethvert forhold som overføring[[2]](#footnote-2) fratar begrepet dets opprinnelige skarphet og klarhet. Overføringsforhold er ”ha – forhold”. Det objektiviserer den motstående, i det det hindrer at han sees som det han er, og det er ofte kjennetegnet av en possessiv karakteristikk[[3]](#footnote-3). Pasienten vil eie objektet. **Målet** for den terapeutiske behandling er **oppløsning av overføringen** slik at det kan etableres et intersubjektivt forhold. Slik at man med Freud kan si: ”***Der det var overføring må det bli kontakt”.***

I likhet med i den klassiske gestaltterapeutiske benekter vi ikke at overføringen eksisterer men vi behandler den på en annen måte enn i psykoanalysen. **Spontant** opptredende overføringer blir betraktet som naturlige fenomener i enhver terapeutiske interaksjon og først en gang analysert i her – og – nå kontekst, med henblikk på pasientens aktuelle livssituasjon, hans biografi, terapiens aktuelle stilling, og terapeutens eksistensfornemmelse i øyeblikket. For overføringen må vi skille mellom slike som pasienten bringer med seg til terapien, dvs. slike som ”notorisk” manifesterer seg i hans daglige liv ved de forskjelligste anledninger og personer, og slike som oppstår eller fremkalles i den terapeutiske ”setting”. Med Perls et al. (1951, 221 f) anser vi overføringen som en projekterende prosess. Med projeksjonen blir ikke integrerte avspaltede deler av personen bragt ut og forrykker på den måten virkeligheten, som ikke erkjennes adekvat og som det derfor ikke kan reageres adekvat på.

Projeksjonen på terapeuten eller på gruppens medlemmer i gruppeterapi av ikke bearbeidede opplevelser fra den tidlige barndom hindrer eller begrenser det intersubjektive forhold, erkjennelsen av en annen person slik han er. Overalt hvor slike overføringer dukker opp skal de ”desillusjoneres” ved at deres illusjonære og fantastiske karakter ved spill eller ved verbal diskusjon blir fornuftiggjort. Dette gjelder så vel for de for en pasient alltid på nytt oppdukkende ”ubestridelige” overføringer som for de ”evoserte” (fremkalte) spontane overføringer som utløses som ”artefakt” (kunstige) av en spesiell konstellasjon i gruppen eller en av terapeutens egenheter. Dyadens eller gruppens evokative styrke må ikke undervurderes. Det vekker også overføringsfenomener i friske mennesker med lite nevrotisk potensiale, om enn i mindre grad. Det ville være en feil å se på disse som uttrykk for ikke bearbeidede konflikter eller traumatiseringer. Bearbeidelse betyr jo ikke at hendelser er dempet. Sorgarbeide for eksempel. Vil ikke oppnå at det ved minnet om en elsket død ikke lengere opptrer sorgfølelser men tvert imot at man kan mestre disse følelsene og ikke oversvømme vedkommende (Petzold 1980 f.)

Vi anser således bearbeidelsen av ”ubestridelige overføringer” som terapiens hovedoppgave. For det store flertall av eksperimentelle terapimetoder avviser vi oppbyggingen av en overføringsnevrose, i dette forsøket på ”å utdrive djevelen med Belsebub”. Vi er av den oppfatning at den av psykoanalysen med betegnelsen «gjentakelses-tvang” beskrevne fenomen er å forklare som artikuleringen av ikke avsluttede situasjoner (Perls et al. 1951, 404) eller som evokative konstellasjoner. Dermed blir det terapeutiske mål innstillet på å bringe slike situasjoner til avslutning og å avdekke evokative mekanismer og tvang, men ikke overføre den til en overføringsnevrose. Freud gjorde som bekjent pasientens gjentakelsestvang ”uskadelig”, ja endog nyttig, i det vi innrømmer han retten til å beholde det på et bestemt område. Vi åpner for ham overføringen som den lekeplass på hvilken det er ham tillatt å utfolde seg i nesten fullstendig frihet, og er pålagt å vise oss alt som har gjemt seg at av patogene drifter i den analysertes sjeleliv. Når bare pasienten viser så meget imøtekommenhet at han respekterer behandlingens eksistensbetingelser, lykkes det oss regelmessig å gi alle hans sykdoms symptomer en ny overføringsbetydning, å erstatte hans alminnelige nevrose med en overføringsnevrose som han kan helbredes fra gjennom det terapeutiske arbeide. ”Overføringen skaper altså et mellomrike mellom sykdommen og livet, ved hvilken overgangen, fra det første til det siste skjer” (Freud, ”erindre, gjenta, gjennomarbeide” G.W. 10, 134 f). Oppbygningen av et slikt mellomrike fremmer *vi som regel ikke*. Overføringen har i psykoanalysen funksjonen som et ”vehikkel” (middel) ved hvilket av regresjonen frembragt og ubevist materiale skal bli aktualisert i forbindelsen mellom lege og pasient.

Ved hjelp av den dramatiske terapimetodes evokative teknikk kan vi unnvære denne funksjon av overføringen. Det lykkes oss ved konstellasjon av situasjoner i spill og fokuseringene på kroppslig korelaterte fortrengte konflikter, for eksempel på **muskulære spenningstilstander** som tegn på ”**karakterpansringen**” (Reich), å finne en umiddelbar adgang til traumatisk materiale. Den nødvendige regresjon følger ved flere fordypningsplan (Petzold 1977 a, 283 f) på forholdsvis kort tid. Ofte i en seanse, til de traumatiske områdene. Det relevante materialet blir satt i scene, dvs. bevisstgjort og emosjonelt gjennomlevet. Deretter må klienten igjen føres ut av regresjonen til et ”voksent – plan”. Denne neddykking og restabilisering fremmer ikke bare evnen til omgang med sine egne følelser. Men kjennetegner det som jeg betegner som ”jeg - styrke”: evnen til å kunne innlate seg seg på sine egne følelser og de med disse forbundne bilder og forestillinger og atter å finne tilbake til en stabilitet, evnen til kontakt og tilbaketog. I de krav som omverdenen stiller kreves ikke bare stiv stabilitet men en fleksibel omgang med seg selv og andre.

For behandlingen av overføringen kan benyttes bestemte metoder og teknikker. Hovedprinsippet for denne strategien er å la det bli tydelig for klienten hvor, når og hvordan han overfører, dvs. hvor han ikke erkjenner virkeligheten adekvat. Til forskjell fra psykoanalytiske fremgangsmåte foregår denne tydeliggjørelse ved verbal fortolkning. For å følge en konsekutiv fremgangsmåte følger vi klientens opplevelsesgang, og søker så sant det er mulig, å stille til disposisjon situasjoner i hvilke han selv kan gjøre sine erfaringer. Fremmedfortolkningen betyr litt arbeide for klienten, som han for det meste kan overta selv. Med den klassiske gestaltterapi er vi av den oppfatning at det ikke er innsikten i konfliktsituasjoner eller ubevist problematikk som er av utslagsgivende betydning, men den **prosess** ved hvilken man kommer til innsikt så vel som de emosjonelle erfaringer og den kroppslige opplevelse som følger med innsiktet. Ved løsningen av overføringen dreier det seg altså om **evidens – opplevelser**.

Forandringer ved hjelp av den terapeutiske prosess kan etter vår oppfatning bare fremkalles når det formidles **evidens – opplevelser** (Petzold 1975 a). En opplevelse av vital evidens griper hele mennesket. I den virker emosjonell erfaring, kroppslig opplevelse og rasjonell innsikt sammen – i en synergi. Alle hendelser som bevirker eksistensiell forvirring kan forstås som evidensopplevelser. Til disse hører erfaringene fra det autentiske møtet innen terapeut / pasient forholdet, opplevelsen av grunnleggende følelser og dets kognitive integrasjon, grenseopplevelser, følelsen av å være blitt voksen, den erfaringen at livet er forgjengelig, den eksistensielle opplevelse av tillit, håp og kjærlighet. Bare ved evidens – opplevelsene rekker terapeutisk arbeide utover en rent reparasjons– eller stabiliserende behandling, og åpner en vei for personlig utvikling og utfoldelse.

Til å finne og behandle overføringer er det terapeutiske middel par exellence, på samme måte som i den klassiske gestaltterapi continuum of awareness, den beviste klare erkjennelse av det som er i meg og av hva som foregår rundt meg, den uforstyrrete kontakt med med innverdenen og omverdenen. For å tydeliggjøre overføringsfenomenene forsøker terapeuten å fremme og skolere klientens awareness. Perls har distansert seg fra den freudske strukturhypotese med den begrunnelse at den fragmenterer menneskene i deres helhet, og han tar avstanden fra forståelsen av det ubeviste som et fra helheten av livet og opplevelsene løst område, med den begrunnelse som nevnt foran (Perls 1980). Dette er imidlertid ikke det samme som å benekte ubeviste prosesser. Han går ut fra at ved slike prosesser foreligger det en mangel på awareness. Terapeutens differensierte awareness er det instrument med hvilket slike prosesser først spores. De terapeutiske teknikker blir satt inn for å verifisere terapeutens erkjennelse, og å gi klienten muligheter til å øke sin egen awareness. I den forbindelse tar ikke terapeuten sin egen erkjennelse som absolutt målestokk, men tilbyr klienten den som ansporing, som kan overprøves og verifiseres henholdsvis forfalskes.

En av de klassiske teknikker for behandling av overføringer er arbeidet med ”den tomme stol”. Et eksempel for å tydeliggjøre\*:

Karl: (til gruppen): ”jeg føler meg alltid så uvel når det her i gruppen stilles nærgående spørsmål”.

Hillarion: ”Ja, de kunne kanskje se dem om for hvem de har denne følelsen spesielt sterkt?”

Karl: (Ser seg om) ”For Josef, for Annemarie og”, (vendt mot terapeuten), ”spesielt for dem”.

Hilarion: ”Nå, sett da en gang denne Hilarion her på denne tomme stolen, og si ham direkte det De hadde lyst til å si ham”.

Karl: ”Jeg føler meg alltid så holdt øye med når De ser på meg”.

Hilarion: ”Kanskje de kunne fortelle ham hva det utløser i Dem”.

Karl: ”Det gjør meg engstelig… og det gjør meg også rasende”.

Hilarion: ”Kunne du si det direkte til han?”

Karl: (Stotrende) ”De gjør meg rasende”.

Hilarion: ”Jeg ser at De nøler litt, er Deres uttalelse riktig?”

Karl: ”Ikke helt, jeg merker riktignok angsten og raseriet – det er alt sammen så forvirrende”.

Hilarion: ”Kanskje kan du en gang se etter hvorfra du merker disse følelsene – raseri, angst, forvirring?” (Terapeuten går med tiltagende densitet av seansen til det ”intersubjektive” du, spesielt når man i gruppen er dus).

Karl: ”Jeg vet ikke, jeg merker at… jeg kjenner det ganske godt, alltid, når De ser på meg…. da er det slik…. (stotrer, som når min bestemor ser på meg)”.

Hilarion: ”Hvilken erindring kommer du nu på?”.

Karl: ”Lekselesing”

Hilarion: ”Ja gå nærmere inn på dette minne”.

Karl: ”Jeg ser meg slik jeg sitter hjemme i kjøkkenet, ved kjøkkenbordet, oppgaveboken ligger foran meg”.

Hilarion: ”Ja beskriv nu atmosfæren i rommet”

Karl: ”Jeg sitter der foran leksebøkene. Alt er uhyggelig trangt. Jeg kommer ikke videre. Jeg forstår ikke alt sammen overhodet. Bestemor vasker akkurat opp. Klappingen av tallerkene gjør meg helt gal. Hun ser også alltid over til meg om jeg arbeider og så kommer det: `Nå kommer du fremdeles ikke videre Karl? Du vet at det er grenser for min tålmodighet`. Og samtidig titter hun over til grytesleiven, denne hurpa” (Karl begynner å skjelve).

Hilarion: ”Hva føler du nå?”

Karl: ”Det gjør at alt blir så forvirrende for meg når hun ser på meg, da kommer jeg overhodet ikke videre, og det vet hun, og det morer den gamle…” (Karl begynner å skjelve sterkere, han rives mellom raseri og angst).

Hilarion: ”Ja bare fortsett og skjelv!”

Karl: (Karls autonome kroppsreaksjon blir stadig sterkere) ”Ikke glo slik på meg din prylemor, din plageånd, din fordømte heks”. (Sparker kraftig den tomme stolen fra seg og begynner å gråte). ”Du har ødelagt min barndom, din fordømte heks, du!” (gråten blir sterkere, varer en tid og avtar så langsomt).

Etter en tid:

Hilarion: ”Ja nå kan du kanskje seg hva som har skjedd i denne timen. Hva var de viktigste følelsesmessige erfaringer for deg, og hva ble du på den måten klar over?”

Lengere pause:

Karl: ”Det viktigste for meg var endelig en gang å kunne slippe ut raseriet mot den gamle, en gang overhodet å kunne slippe raseriet ut. Det skulle jeg bare ha våget den gang, hun hadde slått meg gul og blå med grytesleiven”.

Hilarion: ”Hva er det som er blitt klart for deg?”

Karl: ”På en eller annen måte virker angsten fra den gang ennå sterkt. Jeg føler meg så ofte bedømt og betraktet, og er alltid engstelig for aldri å kunne gjøre noen tilfreds”.

Med dette arbeidet ble ved hjelp av teknikken med den tomme stol protagonistens overføring til terapeuten klargjort. Karl, som var blitt oppdradd av sin bestemor hadde, på grunn av hennes alt for strenge, dominerende måte ikke kunne bygge opp noen selvhevdende atferd, men følte seg truet og misforstått fra alle kanter. Karl har notorisk overført denne negative forventningsholdning til andre mennesker, og var meget hemmet i sin kommunikasjon.

Terapeuten har **skjønt overføringskarakteristikken** i Karls ytringer og har derfor ikke gått inn på noen direkte interaksjon, men har **ledet overføringen** til den tomme stolen og dermed allerede utvendig tydeliggjort at han ikke har noe å gjøre med disse følelsene. Først etter at i løpet av arbeidet med klienten de **projektive sider av hendelsen er blitt opplevbar**, trer terapeuten igjen i gestalttimens avslutningsfase, i **direkte kommunikasjon** med protagonisten. Fri fra uforholdsmessige ønsker og fantasier kan klienten nå gå inn i et intersubjektivt forhold til terapeuten.

Overføringen ble **gjort ”substansiell”** og **regresjonen** begrenset til en **kort** men en **opplevelsesintens periode**. **Umiddelbart** følger deretter **gjenoppbyggingen** og **stabiliseringen** av **voksen atferd**. Ved dette skifte blir diskrimineringsevnen mellom overføringens projektive elementer og autentisk erkjennelse skolert og situasjonsfleksibiliteten styrket. Pasienten blir ikke i lengre tid holt og forsterket i en regressiv tilstand. Han får derimot muligheter til selv å bedømme og regulere sin situasjon.

Ved behandlingen av overføringen er den diagnostiske tilpasningen av hele sykdomsbildet v avgjørende betydning. Det må klargjøres om årsaken til ”notorisk overføring” må søkes i forstyrrelser og konflikter fra den tidlige barndom, eller i defisiter, henholdsvis hvilke av disse to patogene årsaker – og som regel foreligger begge to – er fremherskende. Ved sykdomsbilder, som skyldes en manglende utvikling av identitet, og det er ensbetydende med et svakere jeg, henholdsvis svak selvopplevelse, synes for oss som en innsikts- og resignasjonsterapi, som i den klassiske psykoanalytiske tilnærmelse, ikke mulig. De tunge psykosomatiske sykdommer, psykosene og maniene kunne jo heller ikke behandles med den abstinente teknikk. De vellykkede forsøk på også å ta fatt på dette klientell gjorde det til enhver tid nødvendig å forandre den analytiske teknikk (smlg. Kohut, Kernberg, Masterson). Etter vår metode skal heller ikke disse sykdomsbildene først og fremst behandles med en for nevroseterapien spesiell teknikk av ”neddykning og utføring”av ”labilisering og stabilisering”. De hos slike pasienter foreliggende notoriske overføringer, må antas å bli fordypet, og så fremt det ikke foreligger overføringer, må de vekkes slik at pasienten med sin terapeut eller sin gruppe, i løpet av en passende tid i regresjonen kan oppleve de emosjonelle kvaliteter som han måtte savne i sin tidligere barndom.

Det foregår da en målrettet ettersosialisering. Jo tidligere defisitene er og jo mer tungtveiende, jo sterkere må terapeuten personifisere de positive og nærende foreldreskikkelser. Samtidig gjelder det å stabilisere og opprettholde de foreliggende sunne deler og å åpne for muligheter som ikke er benyttet. Ingen pasient er bare syk. Regressivt arbeide må ikke bety å fjerne det potensiale som ofte ennå er tilstede, såfremt det da ikke benyttes til avvisning. Enhver handling i terapien er således så vel reparerende, dvs. rettet mot å minske eller fjerne forstyrrelser eller mangler, konserverende dvs. å stabilisere og opprettholde det som er der, og evolutiv dvs. rettet mot å åpne for, og utvikle nye muligheter. Dette gjelder også i de tilfeller hvor man for en tid innvilger pasientens aggressive tilbøyeligheter, fordi den gradvise tilsiktete nedbygging av overføringene og en reduksjon av regresjonene på den måten blir mulig.

Den positive overføringen gjør det mulig for klienten å komme i kontakt med de angstutløsende og smertefulle uoppgjorte situasjoner i hans fortid, for å gjøre seg ferdig med dem. Den hjelper ham å nedbygge motstandene og dermed å labilisere nevrotiske strukturer, slik at de i gjennomarbeidelsesprosessen blir forandret og ordnet pånytt.

Overføringens verden må vike plassen for virkeligheten. Det virkelige intersubjektive forhold blir på den måten stadig tydeligere. ”Selv – avsløringsteknikken” er et viktig middel i denne prosessen. Klienten må vokse og terapeuten må avta, slik at i et idealtypisk forløp av terapien møye på samme plan blir mulig sluttfasen, og ko-respondensprosessen ikke blir forvridd ved overføring men har fullstendig intersubjektiv kvalitet.

Ved omgangen av overføringen er det viktig at den erkjennes som det av terapeuten og av pasienten. Dette gjelder også for regressivt arbeide. Pasienten skal med sine ”sunne deler” vite at han er i regresjon og lever med den og med overføringen. Mot denne innsikt, som også mot nedbygging av overføringen, motsetter motstandene seg ofte med makt for å opprettholde status quo.

# 6.4.2 Motstand

Motstand blir av oss definert som en ”seg - vergen mot forandring av identiteten”. På den måten får begrepet ikke en overveiende negativ fortolkning som i psykoanalysen, men blir betraktet som en motstandsevne, som tegn på styrke (smlg. ”resistance” på fransk som har en meget mer positiv klang). Motstand ytrer seg naturligvis også når negative eller dysfunksjonelle deler av personligheten skal forandres. I denne sammenheng blir motstand en interaksjonal en. Pasienten forsvarer seg mot den som vil labilisere hans struktur. Den interaksjonale motstand er alltid sekundær i forhold til forandringsmotstanden og den protektive motstand. Den siste blir ansett som unngåelse (avoidence) av awareness og kontakt, kontakt med smertefulle, angstutløsende, truende, ulystfylte hendelser, opplevelser, tanker og følelser. I sin beskyttende funksjon verner motstanden individet mot ting som han ikke kan omgås med, eller mot slike som han tror ikke kan mestres. En ”skyving over motstanden” ville bety å overgå motstandens beskyttelsesfunksjon. Er en klient blokkert, så har denne blokkeringen sin mening. Avverger han, eller dersom han viser motstanden så har avvergingen eller motstanden en funksjoner. Det gjelder slettes ikke i første linje å overvinne motstanden, men å gjøre slik at den kan oppleves og erfares. For pasienten er det viktig at han erkjenner sin motstand og vet i hvilke situasjoner han bygger opp motstand. Det er enn videre nødvendig for ham å erfare hvordan den blokkerer seg og hvordan den avverger. Av disse årsaker blir et arbeide ”før–motstanden” og på ”motstandens side” nødvendig. Har man først vunnet bevissthet (awareness) om motstanden, skjønner man meningen med mostanden, så inntrer forandringen av seg selv. På grunn av dette gjelder Perls utsagn: ”Dont push the river it flows by itself” som prinsipp for bearbeidelse av motstanden.

Metodikken for arbeidet med motstanden bestemmes av den konsekutive holdning til terapeuten, som tar i motstanden og dermed aksepterer at det må ytes motstand. Pasienter som har lært å kjenne sin egen motstand blir av og til utsatt for et slags forventningspress på grunn av kravet om ubetinget og vedvarende å overvinne motstanden. Når han begynner å akseptere sin motstand, så inntrer det regelmessig et fremskritt i arbeidet. Han innser: motstanden er en del av meg, av min øyeblikkelige psykiske situasjon. Denne erfaring blir gjort tydelig ved at terapeuten oppfordrer klienten til å identifisere seg med motstanden, å snakke som motstand eller komme i dialog med motstanden. Ved hjelp av disse teknikker blir ofte motstandens funksjon tydelig. Den er ikke tvingende og rettet mot det gestaltterapeutiske ”forandringsparadoks”: ”Forandring er ikke å bli det som man ikke er, men å være det som man er”. Å komme i kontakt med sin egen eksistens, den eksistensielle stilling, skaper det utgangspunkt fra hvilket en organisk utvikling er mulig, den vekststrøm som ikke behøver å skje ved tvang (smlg. Petzold 1980 8).

# 6.4.3 Terapeutens motoverføring og overføring

På grunn av det forhold at terapeuten er trukket inn i terapien med hele sin person, kommer også hans historie, hans emosjonalitet og hans dynamikk med i spillet. Også terapeuten står stadig på nytt i situasjoner som lar det dukke opp overføring i ham, også når han i sin egenterapi har gjennomarbeidet sin biografi godt. Ferenczi har for dette i 1909 innført begrepet ”**motoverføring**”. Med dette betegnes de **terapeutens følelser for klienten som har sin opprinnelse i fortiden og i analytikerens ubevisste innstillinger** (Battegay 1971, 138). ”Det opptrer gamle konflikter og tilbøyeligheter som syntes å være gjennomarbeidet og overvunnet i hans egen analyse. Bestemt av analysandens atferdsmåter kan utløse spesifikke og på diskret måte en ubevist betonet spenning i analytikeren” (Morgenthaler 1969, 9).

Motoverføringen er viet meget stor oppmerksomhet i den nyere analytiske litteratur (Parin 1960, Heimann 1964, Loch 1965, Racher 1978, Nayraut 1976). **Freud** selv har benyttet begrepet lite og ikke utarbeidet det systematisk, fordi han prinsipielt **likestilte** det med **overføringen**. I likhet med Iljine (1942, 34) foretrekker også vi å snakke om **terapeutens overføring**, når hans **egen problematikk er så vidt ubearbeidet** at den opptrer som ”**notorisk overføring**”[[4]](#footnote-4) i alle mulige sammenhenger, og enn videre når ved arbeidet med en pasient blir berørt på en måte, blir aktualisert, forblir ubevist og blir spilt av terapeuten. Slike av terapeutens overføringer er for så vidt ekte overføringer som de forblir ubeviste, og først blir erkjent av han gjennom konflikter som følge av dem, eller viser seg i kontrollanalyse.

Vi foretrekker å reservere begrepet motoverføring for de **overføringsinnskytelser som oppstår** i terapeuten som utløses av pasientens eksistensfornemmelse og tematikk **i øyeblikket**[[5]](#footnote-5). I det øyeblikk pasienten kommer inn i behandlingsværelset forandrer sceneriet seg. Det inntreffer en ny konstellasjon i det pasienten bringer med seg inn i rommet sin virkelighet, sin indre verden. Dette **berører terapeuten**, **involverer ham**, og **utløser i ham tilsvarende eller divergerende innskytelser** Det inntreffer det som Freud har beskrevet så treffende i legen: ”*skal til den sykes ubevisste vende sitt eget ubeviste som mottaksorgan, innstille seg til den analyserte på samme måte som telefonmottakeren til den som forteller”. På samme måte som mottakeren på nytt forvandler de elektriske svingninger som er fremkalt av lydbølger til lydbølger så er legens ubevissthet i stand til på grunnlag av avfallet fra det ubeviste å gjenskape dette ubevisste som har bestemt den sykes innfall”* (”Råd til legen for psykoanalytisk behandling” 1912, G.W. 8, 381 f.) Legen skal altså være i stand til, ”å benytte sitt ubevisste på en slik måte som instrument” (ibid., s 382). I denne form forstår vi altså motoverføring som – nå ikke bare av terapeutens ubeviste – på det som pasienten meddeler ham.

Motoverføringen er, til forskjell fra overføring og spesielt den notoriske overføring, kjennetegnet ved at de umiddelbart eller bare med kortere forsinkelse viser seg som sådan for terapeutens bevissthet, nemlig som fornemmelser og svingninger som han erkjenner entydig som overført av pasienten. Motoverføringsreaksjonene kan derfor betraktes som seismograf for det terapeutiske hendelsesforløp. Det er en empatisk evne som betjener seg av terapeutens biografiske materiale, hans livshistoriske og erfaring, og ikke uttrykk for egne ubearbeidete konflikter eller ”blide flekker” (W. Steckel). Dette utelukker ikke at ikke at terapeutens overføring og hans motoverføring ikke har berøringspunkter eller at grensene for disse fenomener er flytende. Det er enn videre mulig at det også for en fintfølende pasient kan oppstå motoverføringsreaksjoner til terapeuten når merkbar egenproblematikk hos terapeuten med fører følelser og reaksjoner i pasienten, om hvilke han vet at de riktignok berører hans biografiske bakgrunn, men egentlig ikke har noe med han å gjøre.

Den fine iakttakelse av slike ”evoserte overføringer” krever egenanalyse av terapeuten, for bare den vil skille skarpt mellom evokasjoner og eget materiale. Den er forutsetningen for at det ikke inntreffer motstander og avvisningsmekanismer på punkter som terapeuten ikke kan nærme seg på grunn av ubearbeidet egenproblematikk. Man kan fullt være enig med Freud når han bemerker: ”*Enhver psykoanalytiker kommer bare så langt som hans egen komplekser og indre motstand tillater, og (vi) forlanger derfor at han begynner sin virksomhet med selvanalyse, og stadig fordyper denne i løpet av sine erfaringer med syke. Den som ikke sørger for en slik selvanalyse kan uten videre se bort fra evnen til å behandle syke analytisk. (1910, ”Den analytiske terapis fremtidige muligheter”, G.W. 8, 108)*. Denne uttalelse kan gjelde for enhver dynamisk orientert fremgangsmåte, og således også for den klassiske gestaltterapi og den Integrative terapi som tillegger gestaltanalyse som læreanalyse sentral betydning.

I sammendrag kan man si at det i det terapeutiske forhold er pasientens overføring, terapeutens overføring og motoverføringen, avgjørende elementer som har innflytelse på den ”intersubjektive korespondensprosess”, i det de forstyrrer, hindrer møte og diskusjon, eller på helt bestemt måte preger og forandrer dem.

Fig. 3 Den terapeutiske relasjonens dimensjoner:

Primordial korespondens

Motoverføring

Terapeut intersubjektiv korespondanse Pasient

Overføring

S S

Koeksitens i livsverdenenidentitet

(s = forstyrrelser ved overføringer)

Enten skjer ikke møtet på ”partner” planet eller diskusjonene har en fiendtlig kvalitet, eller de fører til forhastet tilpasning og underkastelse. Heller ikke den ”direkte kommunikasjon” som er kjennetegn for korespondensprosessene kan forløpe uforstyrret fordi den frie strøm av ord og svar blir infisert. Videre medfører overføringen en stor grad av ha – relasjoner, slik at det ikke kan oppstå virkelig samhørighet. Det primordiale miljø av koeksistens og samhørighet som står bak ethvert mellommenneskelig forhold, ja som ligger til grunn for alle forhold i livsverdenene, kan bare manifestere seg og frigi sikkerhet og mening for livet, når forholdet kan utfolde seg på subjektplanet som forhold mellom mennesker som kan leve i fullkommen identitet i full samhørighet.

# 7.0 Terapeutens rolle

I vår overveielse om terapeutens rolle vil vi ikke snakke om en ”rolle som medmenneske”. Det å være medmenneske er overordnet rollen. Denne representerer alltid bare aspekter av menneskelig opplevelse og handling.

Å være menneske, det vil si å være kroppssubjekt, og det er grunnlaget for all rollepersonifikasjon. Terapeuten er således medmenneske i enhver rolle som han personifiserer for klienten, for rollen er ikke noe påtatt, en maske, men den er i hvert øyeblikk i hvilket den spilles, en del av ham. Dette er ikke ensbetydende med hele hans identitet, fordi denne (med alle dens bestanddeler: kropp, kontekst, kontinuum og de roller som manifesterer seg i det) ”er mer og noe annet enn summen av rollene”.

Når vi snakker om terapeutens rolle så forholder vi oss til et rollebegrep som i likhet med identitetsbegrepet er integrativt (Mathias, Petzold, 1981). Rolle er ikke bare ”summen av de atferdsformodninger eller – håp som blir rettet mot en bestemt stilling (status)”, slik de fleste sosiologiske og sosialpsykologiske rolleteorier hevder (Darendorf 1965, Wiswede 1978), men de består også av personifiseringen av disse formodninger (Petzold 1979a, 47 -58).

Fig 4. Modell på en Integrativ rolle (Petzold, 1979a):

Korresponderende roller Sosialiseringsvirkemidler  
 antagelse Sosialisering  
 valg personifisering  
Integrativ rolle retningslinjer verdier  
 Utvikling institusjoner  
adferdsmønster  
Symbolsk konstruksjon  
 generalisert annet handling, reaksjon,  
 interaksjon

Roller kan ikke forstås utenfor det interaksjonelle området eller korelasjonelle området som det viser seg i. I sosialiseringen blir roller formidlet gjennom sosialiseringsvirkemidlene og personifisert av kroppssubjekt. Retningslinjene for verdier, normer og institusjoner blir altså dannet individuelt. Disse retningslinjene har karakter av symbolske konstruksjoner, ”det generalized other” (Mead), som nedfelles i konkret atferd. De formidlende sosiale virkemidler er konkrete interaksjonspartnere, på hvilke kroppssubjekter reagere eller hvilket det handler. Det dannes således stadig konfigurasjoner av koresponderende roller i hvilke antakelser og mottak eller avvisninger, dvs. valghandlinger følger.

I det terapeutiske forhold er følgelig de gjensidige rolletildelinger av interesse, og spørsmålet om hvilke **personifiseringer** som inntreffer, dvs. hvilke meninger som mottas, avvises eller med differensieringer og motreaksjoner blir forandret. Den komplementaritet som ligger i et spill, er av avgjørende viktighet, fordi det derav følger at terapeutens rollepersonifisering har en motpart fra pasientens side (counter role, Moreno, 1946). Og man må være oppmerksom på en ting: rollespillet mellom terapeut og klient foregår i en sosial kontekst. Det er ikke bare de individuelle forventninger og personifiseringer som kommer til utførelse og blir virksomme, men også de rolleforventninger som kommer fra den overordnete kontekst. Klienten som i nød og hjelpeløshet kommer til terapeuten, tilskriver han personlig den rollen som hjelper og helbreder som terapeuten i sin profesjon allerede er overlatt i samfunnsmessig sammenheng. Terapeuten bekrefter igjen en gang personlig den hjelpeløse pasientens rolle – selv om han ut fra sin teoretiske stilling vil gjøre noe annet – når han tar ham til behandling, inngår en arbeidsavtale med ham, for i denne avtale gjelder det primært i de fleste tilfeller overvinnelsen av hjelpeløshet og feil, helbredelse av skader og forstyrrelser. Han bekrefter dermed det som pasienten har erfart i sin rolletildeling i samfunnsmessig sammenheng. I terapien må denne selvfornyende rollekonfigurasjonen oppheves, dvs. klientens forventninger til terapeuten må gradvis forandres og omvendt. Dette kan ikke minst foregå på den måten at terapeuten i løpet av den terapeutiske prosessen forandrer de rollepersonifiseringer som pasienten tilskriver ham, hvilke har sammenheng med en forandring av hans atferdsforventninger til pasienten, som muliggjør denne nye form for personifisering. I det følgende skal det påpekes noen typiske rolleforbindelser terapeut / pasient, klient.

# 7.1 Hjelper og helbreder ⬄ Hjelpeløse og syke

Dette forhold kjennetegner som regel begynnelsessituasjonen og –fasen i en terapi. Pasienten kommer med sin nød og venter seg hjelp, og terapeuten er i prinsippet beredt å gi den hjelpen han har mulighet for. I denne forbindelse er der avgjørende at det så snart som mulig blir klart hva som faktisk foreligger av trang til hjelp, og hvilke muligheter som ennå er intakte og ubenyttete. Det må klargjøres om det menneske som gir seg inn i den terapeutiske situasjon er i pasient eller i klient – status.

I vårt arbeid benytter vi ikke begrepene klient og pasient som synonymer, men etter følgende heuristiske i de`: Kommer en som søker råd til terapeuten så blir det i en samtale med ham klargjort i hvilken grad han er i stand til selv å styre sitt liv, hvor store og betydelige de områdene er i hvilke eller over hvilke han har mistet kontrollen. Er tapet av kontroll- og styringsfunksjonene så store at han ikke lenger selv uten tungtveiende forstyrrelser kan regulere sitt liv, men trenger massiv hjelp, får han pasientstatus. Å oppnå klientstatus blir da et første mål for terapien.

Klienter er i stand til selvstendig å regulere sin livssituasjon og overta ansvar for sine handlinger. De har behov for en hjelpestilling for sine vanskeligheter. Pasienten kan bare i den grad han har **belastningsevne** forventes å ta ansvar for seg selv, nemlig i den utstrekning hans kontroll- og styringsevner ennå er opprettholdt. Disse evnene må riktignok utnyttes for ikke å fremkalle hospitaliseringssymptomer, eller å gjøre pasienten sykere enn han er. Å nivellere forskjellen mellom terapeutens rolle, klienter og pasienter, visker på en gal måte ut realiteten, og hindrer derfor virkelig emansipasjon. Intersubjektivitetsidealet må ikke forveksles med uniformering, eller føre til en **overfladisk egalisering**. Det virkelig hjelp er nødvendig, der pasienten lider i dynamikken i sitt indre eller fra sitt miljø, må terapeuten - ofte i samarbeid med den institusjonen han arbeider i – gi den nødvendige hjelp.

Alt etter hvilke av ”identitetssøylene” (smlg: s. 235) som er skadet eller hemmet består denne hjelpen i omsorg for kroppsligheten (1), omsorg for materiell sikkerhet (4), hjelp i området for arbeid og ytelse (3) og å stille til disposisjon en bærekraftig sosial kontekst ved det interpersonlige forhold (2), hvorved også verdisøylen (5) blir støttet. Den hjelp som blir nødvendig på de enkelte områder forandrer naturligvis også karakteren på hjelperrollen og av den tilsvarende pasientrolle. Hvis imidlertid terapeuten fikserer seg på hjelperrollen, og utfører for pasienten ting som denne selv kunne gjøre, hindrer han selvstendighet og helbredelse.

# 7.2 Foreldremodell ⬄ Barnestilling

I terapeut – pasient forholdet blir på det strukturelle plan ofte et foreldre– barn forhold etterlignet. Dette er spesielt tilfelle når pasientens familieforhold var svekket eller forstyrret, eller nå hans nåværende situasjon har bragt ham til slik hjelpeløshet at han har regredert til en barnesituasjon. Terapeuten blir dermed en overføringsmodell, og det så meget mer jo sterkere han personifiserer den tilskrevne rollen, dvs. påtar seg overføringen. For **ettersosialiseringen** ved en sviktende utvikling av identiteten er terapeutens overtagelse av foreldrerollen uunngåelig (smlg. Kohuts begrep ”speiloverføringen”).

Nå er imidlertid ikke foreldrerollen en bestemt omskrevet stereotyp. Med Moreno (1962) kunne man snarere snakke om et ”rollemønster”, fordi far og mor virker i de forskjelligste roller, og de forandrer seg etter hvert som barnet vokser, dvs. med de rolleforventninger som da forandrer seg. I det terapeutiske forhold har man tilsvarende prosesser. Å holde fast på et aspekt av foreldrerollen betyr å bevare den nevrotiske fiksering og i analytisk mening ”å spille pasientens spill”. Enhver rollestilling må være underkastet tidskontinuumet til prosessene av vekst og forandring, hvis ikke inntrer det stagnasjon istedenfor liv. Forandring av foreldrerollens kvalitet kan vurderes som indikasjon på terapiens fremgang. I den forbindelse blir det ofte nødvendig at terapeuten av seg selv gjør det første skritt, dvs. varierer rollepersonifiseringen i forhold til atferdsforventningen. Dette kan føre til fratagelse av en tilsvarende rolle og vegring av fortsatt å spille rollesammensetningen, alltid under forutsetning av at klienten tåler denne intervensjonen. Den støtten som foreldrerollen gir kan først reduseres når klienten har tilstrekkelig støtte i seg selv.

# 7.3 Rådgiver ⬄ Rådsøkende

Klienten og til dels pasienten oppsøker ofte terapeuten med det mål å få råd. De tillegger terapeuten rollen som en ”ekspert”. På grunn av sin profesjonelle kompetanse, hans sakskunnskap og hans erfaring kan terapeuten fullt ut etterkomme dette krav, såfremt ikke rådsøkingen ikke er en del av et nevrotisk spill, hvor nemlig det egentlig ikke ønskes non råd, men hvor klienten /pasienten har andre fordekte anliggender. Ofte møter man riktignok en egenartet ideologi som prinsipielt er underlagt dette som faktum. På denne måten oppstår de paradoksale situasjon at rådgiveren først og fremst er opptatt med ikke å gi noen råd. Dette forstyrrer den forventede rollefordeling, og det er absolutt ikke til det beste for klienten. ”Rådnektningspillet” blir da ofte til og med legitimert av den så praktiske forestilling om motstanden, og dermed går et kostbart potensial av tid og motivasjon tapt. I enhver terapeutisk eller rådgivningssituasjon er det fra pasienten et ekte anliggende om å få råd, selv når det er forstyrret av overgangsfenomener. Her gjelder det ikke om å avslå, men å differensiere og å skille og etterkomme begge delene, eller mere nøyaktig den dobbelte rolleforventning som viser seg i en slik interaksjon.

# 7.4 Læreren ⬄ Eleven

Vi støter også på denne konstellasjonen. Terapeuten har, gjennom sin egenterapi, ved sitt arbeide med mange mennesker, ved sine teoretiske studier og sin egen anstrengelse med å forstå seg selv i hele sitt liv, ofte gått veier som pasienten ennå ikke har gått – hvorunder dette ikke i noe tilfelle må forutsettes som selvfølgelig. Nettopp yngre terapeuter eller slike som benytter en metode som ikke innbefatter noe del av selverfaring, har ofte en meget smalere ”personlig kompetanse” enn deres pasienter, og kan i mange henseender lære av disse. Når altså ved tilsvarende personlig, sosial og profesjonell kompetanse (Petzold, Sieper 1976, Lemke 1980) kan personifisere elevens rolle, og når det er indikert, også skal det, så forblir han på grunn av det karakteristiske i korrespondanseprosessen alltid fremdeles elev. Han gjør med alle pasienter, i enhver situasjon nye erfaringer, selv når det foreligger gjenklanger fra tidligere erfaringer, fordi terapisituasjonen er et sted for ”skapende frihet” (Walter 1977). En fastlåsing av den her benyttede rollefordeling viser seg da også mange ganger fatal. Terapeuten kommer i rollen som en ”guru” som klienten aldri kan nå, og overfor hvem han alltid må føle seg underlegen. Det blir på den måten nektet ham å utfolde sine egne muligheter, å gå sin egen vei og utvikle en egen pregnant identitet som **ikke bare er et avtrykk** av hans ideal. De terapeuter som ikke har gjennomarbeidet sine storhetsidealer og makttilbøyeligheter står i fare for å bli en ”guru” eller en belærende bedreviter, som misbruker sine klienter til forsterkning av sine egne, i bunn og grunn sviktende identitet. Spesielt terapeuter med egne primærnarsisistiske forstyrrelser som ikke er blitt tilstrekkeligbearbeidet, står i fare for dette (Battegay 1978).

# 7.5 Partner ⬄ Partner

Om partnerskapet i terapien er det skrevet svært meget, svært meget om ideologi. Partnerskap forutsetter en god del lik potens. Pseudopartnerskap er mer skadelig enn nyttig. Det forbigått pasientens virkelighet, stiller for store krav til ham og utgjør en fare for at han bygger opp en ”pseudofasthet” som er uten bærekraftig fundament. Partnerskap må vokse. Det er uttrykk for korrespondanseevne og intersubjektivitet. Men det er fullt ut mulig at det er partnerskapet i delområder av det terapeutiske arbeide, mens det i det andre ennå foreligger stor faktisk nivåforskjell.

# 7.6 Venn ⬄ Venn

Terapi er intet vennskap, selv om den på grunn av intensiviteten i forholdet også fullt ut kan likestilles med det. Trekkene av arbeid, ytelse og avlønning som spiller en stor rolle i den terapeutiske ramme står i motsetning til begrepet vennskap. Det utelukker imidlertid ikke at det finnes plan på hvilke terapeuten føler vennskap med klienten, og omvendt. Kvaliteten av forholdet kan av og til få vennskapelige trekk. Det er imidlertid for det meste spørsmål om ”et vennskap på avstand”.

Mot slutten av en terapiprosess som har forløpt positivt, og i hvilken terapeuten og klienten har ”vokst til hverandre” er av og til en overgang til et vennskap mulig. Man må imidlertid passe omhyggelig på at det ikke fra terapeutens side dreier seg om å rase ut i en (mot- ) overføringsreaksjon, eller om hans motstand mot den smerte som avslutningen av en terapi medfører, eller at det gjelder et stykke restoverføring fra klientens side og at også han unngår å ta avskjed.

# 8.0 Rollefunksjoner og intervensjonsstrategier

I de roller som er beskrevet handler terapeuten alltid på ny i en bestemt funksjon og i forfølgelsen av terapeutiske mål, som følger hans ide, som han sammen med pasienten har arbeidet seg fram til. Vi kan betegne disse handlingsmåtene som ”intervensjonsstrategier”. Intervensjoner er forhåndsanstaltninger for å strukturere en situasjon i betydningen av de forut gitte målsetninger. Følgende funksjoner og stilarter skal kort beskrives:

# 8.1 Katalyserende

Terapiens viktigste instrument er terapeuten. Dette gjelder ikke bare med henblikk på den ”interpersonlige diagnostikk”, den konsise fornemmelse av den andre og den differensierte erkjennelse av egne reaksjoner på pasienten og forholdene, men også på henblikk på virkningen av terapeuten som terapeutisk virkemiddel. Terapeuten blir til **intervensjon** med **hele sin person** og ikke bare med sine ord og geberder. Han personifiserer helt og holdent det som han vil formidle til klienten: ”Mediet er budskapet” (McLuhan 1968, smlg. Petzold 1977 b). **Terapeutens funksjon** som ”**medium**”, ved hjelp av hvilket det terapeutiske hendelsesforløp forgår er av S. Ferenczi og etter ham av S. Freud (1909, G.W. 8, 54 f) betegnet som **katalytisk ferment.** Perls (1980) benytter katalysatorbegrepet allerede litt annerledes. Terapeuten overtar katalysatorens funksjon ved sin måte å være tilstede på. På ham klares pasientens tanker og følelser. Dette foregår imidlertid ikke – som i Freuds sammenlikning – i en kjemisk prosess på objekt eller det saklig – funksjonelle relasjonsplan, men som interpersonlig hendelsesforløp. På pregnansen av terapeutens identitet makter klienten å oppnå klarhet og fasthet, og mer og mer bygge opp sin egen identitet. Katalyseringsfunksjonen krever av terapeuten en vurdering i forhold til klientens klarhet og konsistens i hans målsetninger og handlinger. Det forutsetter integriteten av hans personlighet og eget integrasjonsarbeide, dvs. en selvanalyse (Vöbus 1975).

# 8.2 Facilitating (skape muligheter)

**Perls** har i sitt senere verk **erstattet** begrepet **terapi** med begrepet **vekst** og terapeutbegrepet med facilitator (mulighetsskaper). Terapeuten blir til den som fremmer vekstprosessen (facilitates growth – letter vekst). I vekstprosessen konvergerer organismens autochtone potensiale med miljøets innflytelser. Vekst betyr **å lære gjennom erfaringer**, som gjøres i en organisk integrasjonsprosess av indre og ytre virkelighet.

”Facilitating – begrepet”, som også har funnet utbredelse i i området den klient – sentrerte samtaleterapi, kjennetegner kanskje terapeutens viktigste intervensjonsform. Det dreier seg om foranstaltninger som i ordets videste betydning tar sikte på **å fremme** og **lette erfaringer**: uttrykke tilbakeholdte følelser, skjulte fantasier, fortrengte ønsker og engstelser, å våge nye former for kommuniksasjon, å vinne innsikt, å fatte beslutninger. Facilitating betyr med minst mulig hjelp å la klienten selv gjøre og finne tingene. Det utgår alltid fra klientens impuls, og strukturere situasjonen slik at han kan ta sine skritt selv. Det er pasientens rytme og ikke terapeutens som er bestemmende for terapiens dynamikk. En innsikt i utide, en erkjennelse som ennå ikke kan utholdes, et følelsesutbrudd som ikke kan integreres, skader av og til mer enn det nytter, ja kan til og med under visse forhold utsette pasienten for fare. Selv om terapien ofte nok utløser meget ”følelsesintensive prosesser”, gjeller for ”facilitating” allikevel det av Perls oppstilte prinsipp: ”Dont push the river, it flows by it self”. Terapeuten overtar ikke noe arbeide for klienten. Denne intervensjonsstil finner gjenklang nesten hos alle pasienter, det må da være at disse er så begrenset og tilbaketrukne at denne fine type hjelp ikke lenger erkjennes eller er tilstrekkelig (for eksempel. For mange med tidlige forstyrrelser), eller de er i en slik motstand at det ikke er noen mulighet for adgang på denne måten.

# 8.3 Støtte

Terapeutens støttefunksjon er av **avgjørende betydning** i alle faser av terapiprosessen. Ingen terapiprosess kan lykkes uten et **bærende fundament** i forholdet. Begrepet support skriver seg fra den klassiske gestaltterapi og blir her anvendt mer omfattende mening, nemlig som de **muligheter individet har til å ta vare på og utfolde sin identitet** (smlg. Schneider 1981).

**Kildene** til support ligger **i individet selv** og i hans **relevante miljø**. Jo mindre individet er henvist til hjelp fra miljøet, og jo større potensial han selv har til disposisjon, jo mindre er hans mottakelighet overfor kriser som kan utløses når hjelp utenfra undras eller reduseres. Perls (1980) uttrykker som et **viktig terapeutisk mål** reduksjon av miljøsupport (environmental support) til beste for **self–support**.

Et lite barn er avhengig av miljøsupport. Dets primærgruppe som gir varme, næring og beskyttelse er livsviktig for det. I løpet av sin utvikling lærer mennesket mer og mer selv å sørge for varme, ernæring og beskyttelse, og hva det for øvrig eller må ha behov for, såfremt det ikke forblir i en infantil – regressiv forsørgelsesholdning. Man kan prinsipielt hevde at **helse og sykdom** henger sammen med **graden av miljøsupport i forhold til egen support**. Et sykt menneske trenger en stor grad av miljøsupport. Det vil være **målet** for hans helbredelse å **bygge opp hans evner og muligheter til selv å vedlikeholde og forsørge ham selv**. Med hensyn til den konkrete psykoterapeutiske situasjon vil det si at terapeuten, for et sykt menneske, et menneske med tungtveiende problemer og konflikter, først og fremst må stille til disposisjon et **støttende klima**. **Vekstprosesser** kan **bare fullbyrdes** i et klima av **tillit, godtakelse, varme og frihet for angst**. Oppbygningen av et slikt klima, som tilsvarer terapeutens intersubjektive grunnholdning, er begynnelsen på enhver terapeutisk situasjon. Jo mer tungtveiende pasientens hemninger er, jo mer intens må den være den support som gis. Men det må imidlertid ikke føre til at klienten undras de områder i hvilke han fremdeles selv, kan regulere og opprettholde seg, slik det ofte er tilfelle i psykiatriske institusjoner.

Å erstatte foreliggende muligheter for self – support med miljø – support, eller bare å utnytte eller å fremme dem, vil si alvorlig å redusere klientens samlede potensialer.

Når vi snakker om support–aktige intervensjoner så forstås ikke med dette bare foranstaltninger som støtter og avlaster klienten på områder som svikter (Bategay 1978, Rohde : Dachsser 1978), men like meget foranstaltninger som ved hjelp av hvilke de fremdeles **eksisterende evner til selvregulering og selvbestemmelse kan fremmes og bygges opp**. Det forutsetter at den diagnostiske optikk er like meget rettet mot ”healthy functioning” som mot ”abnormal functioning” (Latner 1973).

Akkurat på samme måte som den integrative metode med hensyn til terapien ikke bare er begrenset til en reparerende og konserverende målsetning men på en evolutiv (utviklende), så er ikke diagnosen begrenset til å fastslå patologiske forandringer (Petzold, Berger 1977, 455). Man **betrakter hele mennesket** med **dets potensiale,** aktuelle muligheter og aktuelle defekter. Bare mot en slik bakgrunn blir en bestemmelse av graden av støttende intervensjoner meningsfylt. For å utelukke den faren for overbeskyttelse som ligger i en støttende intervensjonsstil, må det innføres en bredere intervensjonsstrategi, som vi vil betegne som ”strategi for målrettet selvstendiggjørelse”.

# 8.4 Målrettet selvstendiggjørelse

En **utelukkende støttende holdning** av terapeuten fører i lengden til at pasienten **mister** sin **karakter av subjekt** og blir til objekt av velmenende, men til syvende og sist til **skadelig** hjelp. Skal pasienten ikke bli bare passiv – reseptiv men **få eget initiativ** så er det nødvendig med foranstaltninger som muliggjør en **målrettet selvstendiggjørelse**. Den første forutsetning for dette er en holdning av terapeuten som tillater en slik utvikling, uten å hindre det med **forut inntatt sensur**, eller overhodet ikke la den komme frem på grunn av **manglende tiltro** til pasientens evner.

Det er en videre nødvendig at terapeuten lærer å **skjelne** mellom **infantile ønsker** om støtte og den **livsnødvendige grad av støtte** som pasienter har behov for i hans aktuelle krise – og sykdomssituasjon. Bare på grunnlag av et støttende forhold, som pasienten finner stabilitet i og som han ennå mangler, er strategi for målrettet selvstendiggjørelse meningsfylt. Uten dette grunnlag kan det bety en alvorlig fare.

Vi har her gjengitt den klassiske gestaltterapis begrep ”skilfull frustration” (1980) med ”målrettet selvstendiggjørelse”. Den bevisst benyttede og terapeutisk indikerte frustrasjon er bare et element i prosessen for utvikling av self–support. Når pasienten nektes hjelp som han ber om kan det av han oppleves som frustrasjon, men en frustrasjon som ved ”riktig dosering” gir han muligheten til å samle nye erfaringer, for eksempel at han kan hjelpe seg selv.

I den grad terapeuten avslår å overta støttefunksjoner tvinges klienten til å anstrenge seg for å finne andre muligheter til løsning. På tilsvarende måte tjener intervensjonsstrategier som for eksempel konfrontasjon og paradoksal intervensjon (Frankl) til selvstendiggjørelsen.

# 8.5 Konfrontasjon

Konfrontasjon vil si å stille to virkeligheter ved siden av hverandre, med det mål å sammenligne, vurdere og diskutere. Dette forutsetter imidlertid at pasienten er i stand til å makte sammenlikningene, å tåle vurderingen og i diskusjonen å forandre sin egen stilling / holdning.

Konfronterende fortolkninger er slettes ikke alltid bastante. De har ikke noen fiendtlig kvalitet men representerer realitets prinsippet. Enhver form for fortolkning enten den er ikke – verbal eller fortolkning gjennom spillet, har konfronterende karakter. Den stiller terapeutens virkelighetsoppfatning – kanskje ikke i virkeligheten – ved siden av eller imot klientens virkelighetsoppfatning. Først da begynner arbeidet, nemlig en korespondensprosess i løpet av hvilken konsens som finnes. En fremmedfortolkning holder vi bare som tillatelig når klienten ikke tar imot den passivt, men diskuterer dens mening med terapeuten. Bare da kan det inntreffe at han fatter den virkelige og fulle mening.

# 8.6 Paradoksale intervensjoner

Denne type intervensjon (for eksempel symptom–forveksling) tydeliggjør for klienten det dysfunksjonelle og absurde i hans atferd, og dette forutsetter også at pasienten er i stand til å tåle den erkjennelsen og dessuten å gjøre den fruktbar for seg selv. Frustrerende og paradoksale intervensjoner med selvstendiggjørelse som mål er bare meningsfylt når det er et brukbart forhold mellom terapeuten og klienten, når klienten virkelig har forstått at terapeuten setter pris på ham og at han derfor ikke må oppfatte slike intervensjoner som personlige krenkelser men godta det som spesifikk hjelp fra terapeuten som han kan gjøre seg nytte av.

# 8.7 Forsterkning

En annen vesentlig mulighet for målrettet selvstendiggjørelse er formidlingen av positive erfaringer og styrkningen av ønskete atferdsmåter ved terapeuten eller gruppen. Vi benytter oss av denne muligheten, men riktignok uten å hengi oss til et strengt strengt atferdsterapeutisk kontingensskjema.

Den oppmerksomhet som terapeuten ofrer klienten, som han gir han eller unndrar ham, alt dette har naturligvis styrkende virkning, spesielt når man tar hensyn til spillet med overføringen og motverge. Å arbeide med å styrke faller inn under området for støttende intervensjoner, og det samme gjelder de forklaringer som gis til dette punkt.

# 8.8 Stimulering

I terapeutisk arbeide dreier det seg ofte om å anspore til opplevelse, å irritere, å innlate seg på situasjoner og mennesker, gi tilbud som klienten kan reagere på. Jo mer klientens initiativ er begrenset jo mer nødvendig er det å gi stimulerende tilbud. Men også for klienter som fremdeles har et forholdsmessig bredt opplevelses- og atferdsspektrum kan den stimulerende funksjon være meningsfylt, som for eksempel i egenerfarings- eller vekstgrupper ved hjelp av arbeide med kreative medier eller i grupper medformer for dramaterapi ved den egne kreative medvirkning. Teknikker som ”magic shop” (Petzold 1979 a, 251 ff) eller ”fremtidsprojeksjon” (ibid, s. 198 ff) kan her tjene som eksempel.

# 8.9 Evosering (fremkalling)

Overalt hvor hendelser i fortiden bestemmer nåtiden, hvor fikseringer hindrer utviklinger, hvor ubearbeidete traumer hemmer virkeliggjørelsen av livet, får terapeutens evokative funksjon betydning, fordi fortiden mister sin kuende makt over nåtiden når den gjennomleves enda en gang og dermed kan bearbeides. ”Enhver ekte annen gang er befrielsen fra den første” (Moreno 1924). Terapeuten må kjenne sin personlighets evoserende kraft og vite å bruke den. Han må være seg bevisst hvilke overføringer han utløser og hvordan han kan behandle dem. Han må når alt kommer til alt ha et utvalg av evokative teknikker for å kunne sette disse inn i spesifikt i indirekte situasjoner.

# 9.0 Gruppen som terapeut

I betraktningene til nå ble det i det vesentlig grad sentrert på det terapeutiske forhold som dyaden foregår i. Dette fordi det er paradigmatisk for alle former for terapeutisk forhold, uansett om det foregår i ”triaden” (terapeutpar, pasienten) i gruppen eller i det terapeutiske bofellesskap, fordi dannelsen av en ramme i hvilken den grunnleggende tillit kan aktualiseres, vinnes og styrkes, i hvilken identiteten styrkes og mening formidles, i hvilken intersubjektivitet kan realiseres og spesifikke terapimål kan følges opp, må foregå i alle de nevnte sammenhenger eller settings. Ikke desto mindre kan gruppen få egen kvalitet i det terapeutiske hendelsesforløp. Den er jo ifølge synergiprinsippet ”mer og noe annet enn summen av medlemmene”. Den kan ”som helhet” få trekk av ”den store mor” (Battegay 1977) eller ”den beskyttende, ordnende far – type” (Petzold 1969). Overføringen til gruppen eller fra gruppen til den enkelte – og det samme kan sies om overføring til institusjonen for eksempel til sykehuset – kan når den ikke anerkjennes føre til komplikasjoner i terapiarbeidet: fastlåsing av avhengighet og regresjon, eller ved negativ overføring, vilt skytende aggressivitet, av og til flukt ved å holde seg vekk fra gruppen eller avbrudd i terapien. Gruppens helbredende potensial er betydelig, fordi det i gruppen lett evoseres tidlige hendelser. Intensiteten av flersidig kontakt, støtte og konfrontasjon er spesielt sterk. Disse kreftene må imidlertid styres og kanaliseres riktig. Det stilles spesielt store krav til terapeutens katalyserende funksjon, hans oppgave som ”facilitator” og hans mot til konfrontasjon.

Pasientens forhold til gruppen utspilles imidlertid ikke bare på overføringsplanet, men det opptrer direkte i korespondensprosesser. Klienten møter gruppen som helhet: Han diskuterer med den og den med ham. På den måten fremheves en overføringsvirkning i omgivelsene, for det er jo nettopp i sosiale grupper at mange klienter har vanskeligheter.

# Sluttbemerkning

De spørsmål som står igjen i forbindelse med terapeutens rolle og den terapeutiske relasjonen er kompliserte. Det handler om kjernen i enhver dynamisk rettet psykoterapi. Enhver ny situasjon, i hvert nytt møte, åpner det seg nye kontekster og nye horisonter. De dukker opp gjennom pasientens personlige historie. Som i her-og-nu som kryssningspunkt mellom kontekst og kontinuum til enhver tid får en ny og enestående form. Med en omskrivning av Perls sier jeg: ”There is no end to integration and there is no end to creation”.

1. Begrepet blir her av og til, i motsetning til den vanlige ortografi, skrevet ko – respondens, for å fremheve meningen av ansvar og gjensidighet. [↑](#footnote-ref-1)
2. Smlg. Også Freud 1910, ”Om psykoanalyse” G.W) 8, 55 ”Overføringen oppstår i alle menneskelige forbindelser…spontant…Den skapes altså ikke av psykoanalysen, den avdekker den bare for bevisstheten, og bemektiger seg den for å lede de psykiske prosesser mot det ønskede mål”. [↑](#footnote-ref-2)
3. Freud støter med sin selvanalyse inn på arkaisk område. Han forsøkte å fatte og basere sine erfaringer teoretisk ved å gripe tilbake til mytologien eller til spekulasjonen om ”urhordens” liv. Det er av interesse å legge merke til at Freud med den psykoanalytiske behandlingssituasjon bygger opp en ”antimatisk” kontekst for analytikeren. Beskuelsen (le regard) har i seg noe bemektigende, av og til tingliggjørende (Sartre). Det gammeltestamentlige Jahwe – avbildningsforbud, tilsløringen av Isis, at man ikke bemektiget seg ved guden ved hjelp av bildet av ham. Det man kan gripe ved å betrakte det med øyet kan man beherske (noe angående å gi og å trekke tilbake offergaver. Smlg. K. Bernhardt, Gud og bilde, Gøttingen 1966). I den analytiske situasjon blir pasienten beskuet. Men han kan ikke se analytikkeren. Denne er dermed usårlig i forhold til ”magisk inngrep” og beholder på sin side makten over den beskuede som ligger der, hvorved ”liggingen” viser pasientens utleverte stilling og hjelpeløshet. Fortolkningen ”fra bakgrunnen” kan dermed få en magisk betydning for den analyserte, ”overgang til å sitte” i nyere former for psykoanalytisk behandling må i denne sammenheng betraktes som en ”rite de passage” (overgangsseremoni) hvis viktighet ikke kan vurderes høyt nok (smlg. For forholdet psykoanalyse og magi også C. Levi \_ Stauss, Integrativ terapi, 4/1979). [↑](#footnote-ref-3)
4. Annie Reich (1951, 1960) har ved å skille mellom akutte og permanente motoverføringsreaksjoner allerede innført en slik differensiering, på samme måte som det her skilles mellom notoriske og spontane overføringer. [↑](#footnote-ref-4)
5. Smlg. Den gode oversikten til motoverføringsdiskusjon hos Kernberg (1978) [↑](#footnote-ref-5)