MASTEROPPGAVE
Masterstudium i psykisk helsearbeid
Mai 2016

Relasjonsbegrepet i psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi – er integrasjon mulig?

En dimensjonsanalyse

Jorunn Lien

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

I forbindelse med arbeidet med masteroppgaven ønsker jeg spesielt å takke:

Professor Sverre Varvin, min veileder ved master i psykisk helsearbeid ved HIOA. Takk for dine viktige og analytiske presiseringer og nyanseringer. Professor Amy Østertun Geirdal, som klokt ledet og «bar» oss masterstudenter gjennom et år med masterseminar og våre utfordringer underveis. Takk også til alle dyktige og kloke medstudenter, som kom med viktige innspill i løpet av hele studiet.

Svein Erik, min mann, viktige støtte, gode diskusjonspartner samt kloke og kritiske støttespiller, som også stiller opp som profesjonell språkvasker med sikker sans for og kunnskap om språk, argumentasjon og logikk. Åsgerd og Erling, mine barn, som nok synes det har vært en tålmodighetsprøve med en mamma som studerer ved siden av å jobbe. Christopher, min bror (psykolog/karakteranalytiker og fysioterapeut), og Merete, min svigerinne (psykolog/karakteranalytiker), som alltid er engasjerte, og som har støttet og utfordret meg med sine svært viktige og inspirerende faglige og fagkritiske innspill.

Jon Sletvold, Anne Kulseng Berg, Jon Jørgensen, Anne Hulda, Turid Nylund og Per Harbitz, mine gode og kunnskapsrike veiledere, seminarledere og læreanalytiker ved Norsk Karakteranalytisk Institutt.

Psykomotorisk fysioterapeut Gro Cecilie Meisingseth Montarou, som har vært og er en inspirerende og fast diskusjonspartner gjennom mange år. Kirsten Ekerholt, som har vært min lærer ved videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi og senere samarbeidspartner ved HiOA. Alle i veiledergruppen tilknyttet videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved HiOA, som regelmessig møtes for faglig og hyggelig samarbeid.

Takk til alle hyggelige kolleger i Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi og ved Norsk Karakteranalytisk Institutt. Det oppleves godt og stimulerende å tilhøre flere fagmiljøer som bidrar til utvikling og vekst.

Til slutt en takk til alle studenter som jeg har vært så heldig å veilede de siste årene ved videreutdanning for psykomotorisk fysioterapi. Deres nysgjerrighet og lyst til å lære og erfare har bidratt til mye verdifull gjensidig refleksjon.

Ikke minst en stor takk til alle mine pasienter, som jeg har vært så heldig å møte og samarbeide tett med gjennom mange år, og som gjennom relasjonen har hatt mot til å dele både de smertefulle følelsene og de vanskelige, sårbare sidene av livet og seg selv, men også for de gledelige og vitaliserende begivenhetene. Det gir mening og en gjenklang om egne viktige livserfaringer og relasjoner. De har bidratt til mye refleksjon, læring og et ønske og nysgjerrighet om å utforske og forstå mer.

Oslo, 18. mai 2016

Jorunn Lien

Sammendrag

Mellommenneskelig samspill innebærer alltid en form for relasjon. Denne undersøkelsen utforsker begrepet relasjon innen de tre behandlingstradisjonene/terapiretningene relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Undersøkelsen avgrenser begrepet etymologisk, faglig og historisk til å se relasjon i et psykoanalytisk/psykodynamisk perspektiv. Avgrensningen ligger til grunn for studiens problemstilling: *Hvordan kan relasjonsbegrepet forstås i psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF? Hvilke likheter og forskjeller har de i sin forståelse av relasjonsbegrepet, og er det mulig å integrere de enkelte tilnærmingene til begrepet?* Undersøkelsen er et studium av seks artikler. Artiklene omhandler teori/empiri og beskriver hvordan et psykoanalytisk orientert relasjonsbegrep blir brukt, forstått og gjenspeiler de siste års teoretiske utviklingstrekk knyttet til relasjonsfeltet i et historisk perspektiv. Bohleber et al (2013; 2015) sin metode blir anvendt, metodiske beskrivelser og overveielser fremhever prosjektets faglige og teoretiske forankring, og en kort innføring gis i de tre tradisjonene/retningene i lys av psykoanalytisk/psykodynamisk tradisjon. Relasjonsbegrepets historie innen de tre tradisjonene/retningene skal gi forståelse for hvordan begrepet oppfattes og brukes her og nå. Relasjonsbegrepets kliniske fenomenologi i de tre tradisjonene/retningene skal vise hvilke kliniske beskrivelser som gis av relasjonsbegrepet i artiklene som utgjør datamaterialet. Dimensjonal analyse av relasjonsbegrepet er vektlagt i studien og kretser rundt meningsdimensjonene *kropp og sinn* og *en-person versus en-person/to-person/tredje-personfokus*. Analysen tyder på en dualisme mellom kropp og sinn der relasjonell psykoanalyse beskrives som å ikke innreflektere den emosjonelle kroppen. Analysen tyder på at NPMF beskrives som en overveiende kroppslig, manualisert behandling som ikke har innreflektert det dynamisk ubevisste som skjer i relasjon, som overføring/motoverføring og en-/to-/tredje-person-perspektivet. Funn kan tyde på relasjonell oppmerksomhet knyttet til to-/tredje-person-perspektivet, men uten ytterligere relatering til psykodynamiske teorier eller begreper. Relasjonell psykoanalyse og karakteranalyse synes å være mer intersubjektivt orientert enn relasjonsorientert karakteranalyse. Integrasjon av de ulike begrepsversjonene synes vanskelig.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning 2

2.0 Metode 8

2.1 Faglig ståsted og teoretisk referanseramme 8

2.2 Begrep 8

2.3 Metodiske overveielser 11

2.4 Etiske betenkeligheter 12

3.0 Presentasjon av psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi 12

3.1 Psykoanalyse 12

3.2 Karakteranalyse 15

3.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi 19

4.0 Begrepet relasjon 21

4.1 Relasjonsbegrepets historie innen de tre terapiretningene 21

4.1.1 Psykoanalyse og relasjon 21

4.1.2 Karakteranalyse og relasjon 22

4.1.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi og relasjon 23

4.2 Relasjonsbegrepets kliniske fenomenologi i de tre terapiretningene 26

4.2.1 Relasjonsbegrepets fenomenologi i psykoanalyse 26

4.2.2 Relasjonsbegrepets fenomenologi i karakteranalyse 32

4.2.3 Relasjonsbegrepets fenomenologi i NPMF 35

4.3 Dimensjonal analyse og diskusjon av relasjonsbegrepet 39

4.3.1 Kropp og sinn 39

4.3.2 En-personfokus og en-person/to-person/tredje-person-fokus 42

4.3.3 Oppsummering av dimensjonsanalysen 44

4.4 Er integrasjon mulig? 45

5.0 Avslutning 50

1.0 Innledning

Jeg holder ditt hode
i mine hender, som du holder
mitt hjerte i din ømhet
slik allting holder og blir
holdt av noe annet enn seg selv
Slik havet løfter en sten
til sine strender, slik treet
holder høstens modne frukter, slik
kloden løftes gjennom kloders rom
Slik holdes vi begge av noe og løftes
dit gåte holder gåte i sin hånd

Stein Mehren (1964)

Diktet «Jeg holder ditt hode» er ment som en litterær innledning til å undersøke begrepet relasjon. Mennesker trenger hverandre, og vi holder og løfter hverandre gjennom det mellommenneskelig vakre og sårbare i samspill. Relasjoner ses som det menneskenes liv består av: hvor avhengige vi er av å bli holdt og løftet av andre, ikke minst for å kunne holde og løfte selv. *Hvordan* vi som mennesker blir holdt og løftet og kan holde og løfte, er relasjonens gåte.

Denne undersøkelsen utforsker begrepet relasjon innen relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter forkortet til NPMF). Undersøkelsen har tittelen «Relasjonsbegrepet i psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi: er integrasjon mulig?» Målet har vært å beskrive og analysere hvordan begrepet blir brukt og forstått innen utvalgt og sentral litteratur som omhandler relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF. Videre ser undersøkelsen på om det er mulig å integrere ulike versjoner av relasjonsbegrepet.

Substantivet «relasjon» betyr «forhold» eller «sammenheng» og er avledet av det latinske ordet «referre». Det står for «bringe tilbake», «avlevere», «bringe en beskjed» eller «sette i forhold», der «re-» betyr «igjen» eller «tilbake», og «ferre» står for «bære». Det norske verbet «bære» er beslektet med dette og betyr «holde noe oppe», men også «tåle trykket eller tyngden» og «fødsel». «Bære» er også beslektet med det norrøne ordet for «byrde» (Caprona, 2013). Relasjonsbegrepet har med dette et etymologisk grunnlag for å kunne bli forstått slik at der en pasient bærer på noe byrdefullt, kan en terapeut bringe tilbake og holde det byrdefulle

sammen med pasienten, som lettere kan tåle trykket av det fordi forholdet mellom pasient og terapeut avføder og setter det byrdefulle inn i en sammenheng.

Mellommenneskelig samspill innebærer alltid en form for relasjon der ulike varianter av samtale, språk, ord, tanker, følelsesuttrykk, sansninger, kroppslige ytringer og personenes karakteristiske væremåte (karakter) kommer til uttrykk og blir fortolket i møte med den andre. Relasjon og samtale er alltid til stede i alle terapeutiske sammenhenger. Innen den postmoderne epistemologien er det et skifte fra den individuelle bevisstheten til relasjoner mellom mennesker.

De siste årene er det et stadig større fokus på relasjon i det terapeutiske arbeidet. Binder (2008) hevder at frem til 90-tallet har relasjonen hatt lite teoretisk refleksjon og i liten grad vært gjenstand for systematisk forskning. Binders syn må nok ses i lys av terapiretninger som tidligere ikke har vært opptatt av objektrelasjon eller overføring/motoverføring-begreper. Ifølge Binder (2008) har det mellommenneskelige møtet mellom terapeut og pasient tradisjonelt vært preget av en taus kunnskap som har stått i skyggen av den terapeutiske teknikken. Klinisk utgjør relasjon og teknikk to ulike perspektiver av samme sak, det vil si at enhver intervensjonsteknikk kan forstås som en relasjonell handling, og effekten av behandling er avhengig av det relasjonelle klimaet mellom pasient og terapeut (Ryum & Halvorsen, 2014; Safran & Muran, 2000). Lambert hevder at de såkalte fellesfaktorene der bl.a. relasjon inngår er viktigere enn spesifikke faktorer i psykoterapi (Ryum & Halvorsen, 2014). Innen psykoterapiforskning har en sett på betydningen av spesifikke og generelle faktorer som kan forklare effekten av terapi. Spesifikke faktorer er teoretisk avledede intervensjoner innen de ulike terapiretningene som er karakteristiske for de ulike terapiretningene. Fellesfaktorene representerer derimot elementer som en finner i de fleste terapiretninger, som for eksempel pasientens forventninger til behandling, terapeutens empatiske evner og kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Fellesfaktorer er beskrevet som relasjon, gjensidig tillit og aksept, empati og allianse (Ryum & Halvorsen, 2014).

Relasjonsbegrepet kan ses som et paradigmeskifte innen psykoanalytisk/psykodynamisk teoriutvikling og terapi, noe som har medført mer forskning innen feltet. I denne studien ses relasjon fra et psykoanalytisk/psykodynamisk perspektiv fordi de tre retningene; relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF har felles historiske røtter knyttet den psykoanalytiske tradisjonen (Bunkan, 2014; Gretland, 2007; Sletvold, 2014).

NPMF har en historisk tradisjon for å dele pasientbehandlingen. Først fikk pasienten psykomotorisk behandling. Psykomotorikere behandlet kroppen og det kroppslige forsvaret. Fokus var å redusere kroppslig forsvar gjennom spesifikke øvelser og direkte kroppslige intervensjoner slik at pasienten ble mer tilgjengelig for psykoterapi etterpå. Så behandlet psykiateren sinnet og følelsene gjennom samtaleterapi. Delingen ble sett på som anvendelig, siden psykiater og psykomotoriker arbeidet nært sammen (Bunkan, 2014). Ifølge Album har en ment at erfaringer mister sin umiddelbare karakter når en setter ord på dem, og at kroppen mister sin subjektstatus (Album, 1996; Gretland, 2007). Også innen fysioterapi hevdes det at en har vært skeptisk til å sette ord på kroppslige erfaringer fordi man mener at den sansende kroppen blir objektivisert, det vil si at den blir sett utenfra når en deler tanker og erfaringer med andre (Gretland, 2007). Språket kan imidlertid ikke ses uavhengig av det kroppslige. Stern (2007) viser til barnets utvikling, der barnets første opplevelser av seg selv sammen med omgivelsene oppleves og lagres ikke-verbalt som kroppsfornemmelser. Etter hvert utvikles språket, som blir en mulighet for verbal kommunikasjon og erfaringsdeling.

I psykomotorisk klinisk praksis er det i økende grad en interesse for det relasjonelle perspektivet. Gretland (2007) hevder at fysioterapeuter innen psykisk helsearbeid har lite samtalekompetanse, og at få er skolert i samtalebehandling. Hun fremhever betydningen av relasjonsaspektet i helsepersonells kommunikasjon. Forskning viser at også fysioterapeuter faktisk etterspør mer samtalekompetanse. Øien (2011) viser til studier der fysioterapeuter mener at pasient-terapeut-relasjon og pasientenes ressurser er viktigere enn teknikk for å oppnå god behandling. Andre studier viser at fysioterapeuter etterspør opparbeidelse av kommunikasjonsevner i møte med krevende pasienter (Potter, Gordon, & Hamer, 2003; Øien et al., 2011). Malt (2012) skiller tydelig mellom kroppsorienterte terapier og psykoterapi ved at kroppsterapiene har fellestrekk med mange meditative kroppslige teknikker, mens psykoterapi bruker samtaleteknikker som grunnleggende prinsipp. Derfor anses kroppsorienterte behandlinger som uaktuelle som monoterapi ved psykiske lidelser. Malt (2012) mener bl.a. at manglende psykoterapeutisk samtalekompetanse gjør at psykomotorisk fysioterapi og andre kroppsorienterte behandlinger (deriblant vegetoterapi) anses som et supplement til psykoterapi og/eller psykofarmakologisk behandling ved lettere angst-depressive og psykosomatiske plager.

Kan det tradisjonelle samarbeidet mellom psykiater og psykomotorisk fysioterapeut og det skarpe skillet mellom fysioterapi og psykoterapi ha bidratt til at den psykomotoriske fysioterapeuten ikke har sett verdien av å opparbeide seg egnet relasjonell kompetanse og

samtalekompetanse? Psykomotorikere har en grunnutdannelse som fysioterapeuter, og har i utgangspunktet et faglig fokus og en skolering som dreier seg om funksjon og den friske vs. syke kroppen der det biomedisinske perspektivet er vektlagt. Historisk har fysioterapeuten vært ansett som sykegymnast og legens assistent, og har først de siste årene fått en mer selvstendig behandlerrolle (Haugen, 1997). Kan det historiske og tradisjonelle terapifokuset innen fysioterapifeltet ha bidratt til at NPMF har et hovedfokus som i overveiende grad er somatisk rettet, til forskjell fra et psykososialt/psykodynamisk fokus der det relasjonelle perspektivet ses som betydningsfullt?

Gullestad (2015) hevder at relasjon er «dagens språk» ved at det er enighet om at relasjon er viktig innen utvikling og psykoterapi og i andre terapier for øvrig. Hun etterspør imidlertid en avklaring av hva som menes med begrepet relasjon. Gullestad (2015) presiserer at relasjonskompetanse innen psykoanalyse/psykodynamisk terapi er noe spesifikt og noe mer enn bare fellesfaktorer ved at terapeuten må kunne håndtere og ha kunnskap om overføring/motoverføring. Overføringsbegrepet betegnes som det helt sentrale innen den psykoanalytiske tilnærmingen (Harris, 2012). Psykoanalysen beskrives som en dybdepsykologisk tilnærming som søker å endre de dynamiske og strukturelle forholdene som ligger til grunn for pasientens selvoppfatning og følelsesmessige relasjon til andre (Gullestad, 2015). Gullestad (2015) viser til psykoanalytisk objektrelasjonsteori der en tenker seg at mennesket er preget av mønstre som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre. Dette internaliserte mønsteret nedfelles som indre ubevisste relasjonsscenarier som i terapi kan vise seg frem i relasjonen til terapeuten som overføring. Terapeuten bruker sin egen motoverføring, det vil si sine egne følelser i møte med pasienten der empatisk innlevelse ikke er nok. Alliansebegrepet derimot, som er en del av fellesfaktorene, forstås som en gjensidig enighet mellom pasient og terapeut (Ryum & Halvorsen, 2014). Den stammer fra den humanistisk-opplevelsesorienterte tradisjonen og inneholder mål for behandlingen, oppgaver for å innfri målet og et emosjonelt bånd som er preget av gjensidig tillit og fortrolighet og er beslektet med andre relasjonelle variabler som empati, varme og kongruens. Alliansebegrepet innbefatter ikke fenomenet overføring/motoverføring, men karakteriseres som en samarbeidsdyade, og er ikke en intervensjon i seg selv (Ryum & Halvorsen, 2014).

Gullestad (2015) fremhever at den psykoanalytisk/psykodynamisk orienterte terapeuten må ha kunnskap om overføring/motoverføring som en presisering av den psykoanalytiske relasjonskompetansen. Det vil si at den psykoanalytiske relasjonsforståelsen inneholder spesifikke faktorer som noe annet og mer enn hva de uspesifikke fellesfaktorene inneholder.

Andre terapiretninger, som for eksempel kognitiv terapi, forholder seg verken teoretisk eller klinisk til overføringsreaksjoner som en del av det terapeutiske og relasjonelle samspillet, men er mer opptatt av relasjon som terapeutisk allianse mellom terapeut og pasient (Berge & Repål, 2010). De siste års forskning og fokus på nevrobiologi, spedbarnsforskning (Beebe & Lachmann, 2002; Stern, 2007), utviklingspsykologi, traumer og tilknytningsteorier har bidratt til å understøtte den nyere intersubjektive relasjonsforståelsen innen psykoanalytisk orienterte terapier (Bateman & Fonagy, 2012; Beebe & Lachmann, 2002; Binder, 2006, 2012; Gullestad & Killingmo, 2005; Johansen, 2012a; Leuzinger-Bohleber, 2015; Safran & Muran, 2000; Sletvold, 2014; Wallin, 2007).

Tradisjonelt tilbyr de psykoanalytiske videreutdanningene i Norge (Norsk psykoanalytisk institutt, Institutt for Psykoterapi og Norsk Karakteranalytisk Institutt) psykoterapiutdanning kun for leger og psykologer, noe som kan føre til en utilsiktet utarming av andre helseprofesjoners kunnskap og opplæring innen psykoanalytiske/psykodynamiske teorier og prosesser i psykisk helsearbeid. En mulig effekt av disse opptakskriteriene er at psykiske helsearbeidere som ikke er leger eller psykologer, henvender seg til andre videreutdanninger som ikke er psykoanalytisk/psykodynamisk orientert (kognitiv terapi, somatic experience, traumeutdannelser osv.). Kernberg (2012) advarer mot en for proteksjonistisk holdning til å dele psykoanalytisk kunnskap som kan føre til en type faglig isolasjon og selvutslettelse av det psykoanalytiske perspektivet.

Historisk har det vært strikte grenser mellom psykoterapi og fysioterapi. Psykiater Houge, som gjennom 30 år var en viktig premissleverandør for fagfeltet NPMF, satte strenge grenser mellom disse fagfeltene (Bunkan, 2014; Houge, 1995). Psykomotoriker og psykolog Berit Bunkan hevder derimot på sin side at NPMF er en form for kroppsorientert psykoterapi, og at pasienters overføringsreaksjoner bør læres på mastergradsnivå (Bunkan, 2014). De ulike posisjonene kan tyde på at det er ulike faglige meninger om NPMFs tilhørighet til fysioterapi eller psykoterapi.

Gullestads presisering av den psykoanalytiske relasjonskompetansen som noe spesifikt og mer enn fellesfaktorer og empati, de psykoanalytiske videreutdanningsinstituttenes proteksjonistiske opptakskriterier og det historisk skarpe skillet mellom psykoterapi og fysioterapi gir grunn til å utforske hvordan relasjonsbegrepet kan forstås og omtales innen psykoanalysen og de to kroppsorienterte tilnærmingene NPMF og karakteranalyse.

I den forbindelse er det nærliggende å henvise til den såkalte elefantlignelsen. Elefantlignelsen dreier seg om de blinde mennene som tar/føler på hvert sitt område av en elefant, for deretter å beskrive hva de har oppfattet. Den ene tar på benet og beskriver en søyle, den andre tar på snabelen og beskriver en slange, mens den tredje tar på haledusken og beskriver den som en kost. Dette fører til en heftig diskusjon med store uenigheter der alle påstår at de har oppfattet det store og sanne bildet. I hvilken grad har de ulike psykodynamisk/psykoanalytisk orienterte terapiretningene en sammenfallende eller felles forståelse av relasjonsbegrepet? Eller beskriver de derimot ulike deler av elefanten eller ulike dyr? Dette fører til følgende problemstilling:

Hvordan kan relasjonsbegrepet forstås i psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi? Hvilke likheter og forskjeller har de i sin forståelse av relasjonsbegrepet, og er det mulig å integrere de enkelte tilnærmingene til begrepet?

Karakteranalyse og NPMF har begge et særnorsk opphav og utvikling, henholdsvis i et norsk psykolog-/psykiatermiljø og innen fysioterapi. Begge terapier er imidlertid også i slekt med psykoanalyse. Dermed er det interessant å utforske hva et relasjonsbegrep innebærer både i NPMF, karakteranalyse og psykoanalyse. Hvilke antagelser, likheter, ulikheter, teorier, klinisk praksis, meningsdimensjoner og historiske utviklingslinjer representerer de tre terapiretningene, og er det mulig å skape felles forståelse og integrere ulike versjoner av relasjonsbegrepet? Kan de tre terapiretningene tilføre hverandre noe nytt eller andre perspektiver? Kan dette også være interessant kunnskap for andre helseprofesjoner?

Felles historie og tilknytning til psykoanalytisk tradisjon har bidratt til et ønske om å utforske hvordan det psykoanalytisk orienterte begrepet relasjon teoretisk og klinisk blir omtalt og drøftet i utvalgt litteratur innen psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF. Intensjonen med undersøkelsen er å løfte frem begrepet relasjon innen de tre behandlingsretningene ved å undersøke, sammenligne og analysere de underliggende terapienes forhold til relasjon for – om mulig – å integrere en felles forståelse av relasjonsbegrepet.

I dimensjonsanalysen av relasjonsbegrepet i kapittel 4 brukes en metode som er utviklet for å utforske psykoanalytiske begreper innen ulike psykoanalytiske tradisjoner (Bohleber et al., 2013; Bohleber, Jimenez, Scarfone, Varvin, & Zysman, 2015). Metoden blir nærmere beskrevet i metodekapitlet, kapittel 2.

Målet i denne oppgaven er en dimensjonsanalyse av det psykoanalytisk orienterte relasjonsbegrepet som et forsøk på en begrepsmessig differensiering av versjonene, og som – om mulig – kan bidra til ny integrert kunnskap og bygge bro mellom psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF.

I metodekapitlet fremheves også prosjektets faglige ståsted slik at den faglige og teoretiske forankringen blir åpen og transparent.

2.0 Metode

2.1 Faglig ståsted og teoretisk referanseramme

Før de metodiske beskrivelsene og overveielsene blir nærmere presentert, redegjøres det kort for faglig og teoretisk ståsted og referanseramme. Faglig referanseramme og forforståelse påvirker valg av problemstilling, datainnsamling, analyse og fortolkning av undersøkelsen og er et viktig perspektiv gjennom alle deler av studien.

Under hele forskningsprosessen blir det derfor viktig å stille spørsmål ved hvordan forskeren påvirker forskningsprosessen (Malterud, 2011). Til grunn for denne undersøkelsen ligger både videreutdanning innen NPMF, vegetoterapi og karakteranalyse etter grunnutdanning i fysioterapi. Assosiert til karakteranalysen inngår også kurs i videointervensjonsterapi (VIT), der en ved mikroanalyse utforsker relasjon og samspillsituasjoner mellom barn og deres omsorgsgiver(e) ut fra psykodynamiske, kognitive, utviklingspsykologiske, kroppslige og tilknytningsteoretiske perspektiver (Downing et al., 2008).

Faglig ståsted dreier seg i stor grad om interesse for det relasjonelle perspektivet innen de to terapiretningene karakteranalyse og NPMF.

2.2 Begrep

Begrep er mentale forestillinger, det vil si indre representasjoner og kategorier som grupperer objekter som kan være ulike, men som har visse felles kjennetegn (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010; Kaiser, 2000). Begreper fungerer som generelle samlebetegnelser for mange enkeltfenomener. Ifølge Kaiser (2000) avklares begreper i realdefinisjoner, det vil si at det er viktig å klargjøre hva som legges i de sentrale begrepene som ligger til grunn for det vitenskapelige fagfeltet. Vitenskapelige begrepsdannelser kan forstås som et resultat av empiriske forhold og andre faktorer som har sitt utspring i (idé)historiske og psykososiale

rammebetingelser som forskningen til enhver tid arbeider under. Dette vil også påvirke forskeren, noe som også kan bidra til hvordan forskeren prøver å tilpasse begrepene til virkeligheten en forsker på (Kaiser, 2000). Begrep og utforsking av begrep er derfor avhengig av fagområdets og forskers teoretisk perspektiv og referanseramme.

I studien er Bohleber et al (2013; 2015) sin metode anvendt for å utforske relasjonsbegrepet. Metoden er ment for å kunne sammenligne ulike versjoner av relasjonsbegrepet sett i lys av de ulike teoriene og de underliggende antagelsene som ligger til grunn for begrepet. Slik kan likheter og ulikheter i relasjonsbegrepet bli fremstilt metodisk på en forståelig måte. Det legges spesielt vekt på å analysere de ulike forståelses-/meningsdimensjonene innen de ulike versjonene av relasjonsbegrepet. Analysen legger grunnlaget for å utforske om det er mulig å integrere de ulike versjoner av begrepet.

Metoden inneholder fem trinn (Bohleber et al., 2013; Bohleber et al., 2015) der ulike aspekter ved begrepet relasjon kan utforskes innen relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF.

1. Relasjonbegrepets historie innen relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF
2. Relasjonbegrepets fenomenologi innen relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF
3. Diskursregler ved diskusjon av begrepet relasjon
4. Dimensjonsanalyse av begrepet relasjon
5. Integrasjon av de ulike versjonene av relasjonsbegrepet

Denne studien dreier seg om og vektlegger punkt 4; dimensjonsanalysen av begrepet relasjon. Punkt 3, som omhandler diskursregler ved diskusjon av begrepet relasjon, er flyttet til metodekapitlet og blir omtalt der. Litteratur som blir undersøkt i analysen, omhandler teori/empiri innen relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF som gjenspeiler de siste års teoretiske utviklingstrekk knyttet til relasjonsfeltet, men også det historiske perspektivet og utviklingen av relasjonsbegrepet innen de tre fagfeltene. Litteraturen er først og fremst strategisk utvalgt primærlitteratur i det psykoanalytiske, karakteranalytiske og psykomotoriske feltet som omhandler det relasjonelle perspektivet. Studien er teoretisk, basert på et utvalg av litteratur, og ikke en analyse av klinisk praksis. I alt er seks artikler valgt ut som anses som betydningsfulle og sentrale innen hver behandlingstradisjon. Flere enn to artikler fra hver av fagfeltene er ansett å være en for omfattende datamengde for denne studien. Alle de vitenskapelige artiklene er skrevet av norske fagpersoner som har belyst

relasjonsbegrepet fra sitt faglige ståsted, og som er viktige bidragsytere innen sine fagfelt og behandlingstradisjoner; Killingmo, Binder, Sletvold og Øien et al. Innen psykoanalyse er Killingmos (2007) artikkel om «Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse» og Binders (2006) artikkel om «Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen» valgt. Killingmos psykoanalytiske artikkel om karakter og relasjon er et interessant valg sett opp mot Sletvolds artikler om karakteranalyse. Fellestrekkene mellom Killingmos artikkel om relasjonsorientert karakteranalyse og Sletvolds karakteranalytiske artikler kan forstås ut fra at Killingmo hevder at norsk psykoanalyse står i en særstilling med hensyn til karakterbegrepet. Det kan forstås som begrepsmessige etterdønninger etter Wilhelm Reichs opphold i Norge i mellomkrigstiden og hans faglige innflytelse på norsk psykoanalyse (Killingmo, 2014). Videre er det interessant å velge to ulike posisjoner som Binder og Killingmo representerer innen psykoanalyse. Binders artikkel dreier seg eksplisitt om den relasjonelle psykoanalysen som har utviklet seg siden 90-tallet. Artiklene som fremhever det karakteranalytiske perspektivet, er skrevet av Sletvold (2012c, 2013): «´Sier du det` – et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi» og «Training Analysts to Work With Unconscious Embodied Expressions: Theoretical Underpinning and Practical Guidelines». Innen NPMF er to relevante artikler av Øien et al valgt: «Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study» (2011) og «Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy» (2007). Artiklene er knyttet til Øiens (2010) empiriske undersøkelse og doktorgradsavhandling «Change and Communication». Artiklene er relevante fordi de er av nyere dato og del av en doktorgradsavhandling som utforsker kommunikasjon, relasjon og endring ut fra et psykomotorisk perspektiv. Artiklene kan være med å belyse nyere relasjonell teoretisk og klinisk utvikling innen NPMF.

For å forstå utviklingen av relasjonsbegrepet vil den relasjonshistoriske utviklingen innen de tre terapiretningene kort bli beskrevet. Videre vil artiklenes beskrivelser av relasjon bli utforsket og beskrevet, det vil si beskrivelser basert på artikkelforfatternes kliniske erfaring, teoretiske begrunnelser og antagelser. Slik kan en om mulig se samsvar mellom teori og klinisk praksis. I denne studien blir dimensjonsanalysen utdypet fremfor den historiske analysen for å finne meningsbærende elementer i gjennomgangen av artiklene som kan belyse likheter, ulikheter og antagelser knyttet til relasjonsbegrepet. Det historiske perspektivet er ment som en underbygging og et bidrag til dypere forståelse av de enkeltes fags utvikling og anerkjennelse av relasjonsbegrepet. Meningsdimensjoner blir identifisert ved en kategorisk

tilnærming, det vil si at de meningsbærende elementene knyttet til problemstillingen blir funnet, kategorisert og analysert (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). Analysen av de identifiserte meningsdimensjonene er et bidrag til å tydeliggjøre forskjeller og likheter i hvordan relasjonsbegrepet blir forstått. Analysen leder til en drøfting av om integrasjon av de ulike begrepsforståelsene innen de tre terapitradisjonene er mulig.

2.3 Metodiske overveielser

For å kunne gjøre en dimensjonsanalyse av relasjonsbegrepet, og for å kunne gjøre en begrunnet metodisk overveielse av om integrasjon av de ulike versjonene av relasjonsbegrepet er mulig, trengs kriterier og diskursregler for diskusjon av relasjonsbegrepet. Malterud (2011) trekker frem betydningen av *relevans* og knytter dette til formulering av problemstilling, utvalg, datainnsamling (datagrunnlag), teoretisk referanseramme, analysestrategi og presentasjonsform. Johannessen et al (2010) knytter *pålitelighet (reliabilitet)* til datautvalg, -innsamling og -bearbeiding, men fremmer at krav om reliabilitet er lite hensiktsmessig innen kvalitativ forskning. Malterud (2011) knytter relevans til *gyldighet* og hva resultater gir gyldig kunnskap om, og fremmer at samsvar mellom forskjellige forskeres funn og tolkninger er en betingelse for gyldighet. Samtidig advarer Malterud mot at et flertalls samlede syn kan stenge for ny innsikt. Malterud knytter også gyldighet til *validitet* og trekker særlig frem to aspekter. Kommunikativ validitet (formidling) går på at gyldighet av kunnskap avhenger av en forskers evne til å formidle den. Pragmatisk validitet (brukbarhet) går på at gyldighet av kunnskap avhenger av om den kan brukes til noe og utgjøre en forskjell, noe som også gjør den til en målestokk for relevans. Validitet har flere aspekter. Både Malterud (2011) og Johannessen et al (2010) omtaler troverdighet (begrepsvaliditet). Dette er å overveie rekkevidden av hvor gyldige funn er ut fra begrunnelse av hva de sier noe om. Vedvarende observasjon og metodetriangulering (bruk av flere metoder eller settinger) kan øke sannsynligheten for at forskning frembringer troverdige resultater. Bohleber et al (2013) trekker frem betydningen av *parsimony*, som er å stille spørsmål ved om et begrep er unikt. Bohleber et al fremhever også betydningen av *internal consistency*, som innebærer at et begrep må gi mening ved å sikte til samme fenomen uavhengig av tid og sammenheng. Johannessen et al (2010) viser også til overførbarhet (ekstern validering), det vil si om beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer er nyttige på andre områder enn det som studeres. Bohleber et al (2013) trekker dessuten frem betydningen av *contextual or intratheoretical consistency*, som innebærer at et begrep må være konsistent i kontekst med begreper som er i bruk i eksisterende teori. Hvis begrepet viser

seg å være inkonsistent med eksisterende teori, kan det være irrelevant i sammenhengen, men det kan også være at begrepet ikke er utfordringen, men at det signaliserer at gjeldende teori trenger modifikasjon. Bohleber et al (2013) viser også til at ekstern validering er utfordrende da det ikke kan forventes å finne ubetinget støtte for eller avvisning av et begrep eller en teori i ikke-eksperimentell vitenskap. Bohleber et al (2013) trekker til slutt frem at begreper så langt som mulig må vise til observerbare fenomener ved å beskrive hvordan de blir observert, og at begreper kan bli avgrenset og få mening og bruksområde gjennom at det kan finnes potensielle unntak fra dem. Ifølge Malterud (2011) er den metodiske utfordringen i siste hånd å lese konkurrerende alternative svar i et materiale og så begrunnet overveie hvorfor noen resultater har sterkere gyldighet enn andre i lys av en problemstilling.

2.4 Etiske betenkeligheter

Siden studien er teoretisk, er det ingen etiske betenkeligheter ved den, da verken pasienter eller andre levende informanter inngår.

3.0 Presentasjon av psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi

Før relasjonsbegrepet blir omtalt, beskrevet og analysert, presenteres og gis det en kort innføring i de tre terapiretningene psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF. Som tidligere nevnt, har de tre retningene felles røtter til Sigmund Freud og hans elev Wilhelm Reich. Alle tre terapiformer hevder at de tilhører den psykoanalytiske/psykodynamiske tradisjonen.

3.1 Psykoanalyse

Psykoanalysen ble opprinnelig utviklet av Sigmund Freud og hans elever i begynnelsen av 1900-tallet (Colombo, 2012). Wulf et al (1995) hevder at psykoanalysen ikke er naturvitenskap, men kan oppfattes som en språklig hermeneutisk teori om språklig formulerte meningssammenhenger. Den utviklet seg fra kliniske erfaringer der en gikk ut fra at ubevisste prosesser innvirket på motivasjon og personlighetsutvikling (Colombo, 2012). Freud mente at psykiske lidelser oppstod på grunn av traumer og ubevisste og uløste konflikter i personligheten som stammet fra tidlig barndom. Sentralt i dette stod studiene hans av hysteri og utvikling av nevroseteorier og hans topografiske og strukturelle personlighetsmodell (Colombo, 2012). Tidlig i sin karriere utviklet Freud ifølge Sletvold (2014) en evne til å lese

kroppens emosjonelle uttrykk. Dette illustreres i studier av hysteri der Freud tolket det emosjonelle kroppsspråket til pasienten. Det kroppslige perspektivet ble etter hvert videreutviklet av hans elev Wilhelm Reich i form av karakteranalyse.

Psykoanalysen er et pluralistisk kunnskapsfelt som bruker ulike teorier som omfatter personlighetsutvikling, psykopatologiforståelse og behandlingsmetode (Stänicke & Stänicke, 2014). Både klassisk og relasjonell psykoanalyse ser på bearbeiding av overføringsforholdet som det vesentlige for det dyptgripende endringsarbeidet i psykoanalysen (Binder, 2006).

Innen psykoanalysen har det etter hvert utviklet seg flere ulike psykoanalytiske retninger med teorier innen egopsykologi, selvpsykologi, interpersonlig psykoanalyse, objektrelasjon, relasjonell psykologi med mer. Klassisk psykoanalytisk behandling preges av at pasienten får langvarig samtalebehandling opptil tre–fire ganger i uken liggende på en benk med analytikeren sittende utenfor pasientens synsfelt, det vil si bak hodeenden (Stänicke & Stänicke, 2014). Fra psykoanalysen har det utviklet seg flere korttids psykodynamiske terapier som er mindre intensive både som individual- og som gruppeterapi (Nielsen & Binder, 2014) Stänicke og Stänicke s. 74 viser til Shedlers syv karakteristikker av hva som kjennetegner psykodynamiske terapier, og hva som derfor skiller dem fra andre psykoterapeutiske metoder (Shedler, 2010; Stänicke & Stänicke, 2014).

1. *Søkelys på følelser*
2. *Utforsking av pasientens forsvarsmekanismer*
3. *Identifikasjon av mønstre og gjentakende mønstre*
4. *Arbeid med tidlige erfaringer og hvordan erfaringen har preget utviklingen*
5. *Søkelys på interpersonlige relasjoner*
6. *Søkelys på terapirelasjonen*
7. *Utforskningen av fantasier*

Følelser blir sett på som sammensatt av pasientens relasjonshistorie, personlighet, forsvarsmekanismer og ubevisste fantasier, og følelsene som fremkommer spontant i terapisituasjonen, anses som betydningsfulle (Stänicke & Stänicke, 2014). Utforskning av pasientens forsvarsmekanismer ses som et utgangspunkt for å arbeide med affektregulering, affekttoleranse og for å arbeide for at pasienten mer direkte uttrykker egne ønsker og behov. Videre fremheves identifikasjon og utforsking av repeterende mønstre og temaer i pasientens relasjoner, livserfaringer, selvopplevelser, følelser og tanker. Pasientens interpersonlige relasjoner, det vil si hvordan pasienten relaterer seg til andre mennesker som er knyttet til

objektrelasjonsteorien, er betydningsfullt for å utforske pasientens relasjonsfantasier som spiller seg ut som overføringer i terapirelasjonen. Med den relasjonelle vendingen i psykoanalysen er søkelyset dreid fra drift til relasjonsbehov, noe som har ført til at overføringen er kjernen av den psykoanalytiske behandlingen (Stänicke & Stänicke, 2014). Det betyr at terapeuten må kunne vende blikket innover og selv kjenne på hvilke følelser og temaer som vekkes i møte med pasienten, såkalt motoverføring. Motoverføringen kan forstås som å være kongeveien til underteksten i mellommenneskelig kommunikasjon (Gullestad & Killingmo, 2005). Terapeuten må være i stand til å undersøke eget bidrag til konflikter, vanskeligheter og fastlåsthet i relasjonen og behandlingsprosessen fordi pasientens vansker kan bidra til at terapeutens egne ubearbeidede og ubevisste temaer blir vekket og avslørt. Det krever at terapeuten selv har gått i egenanalyse, det vil egenbehandling og veiledning (Stänicke & Stänicke, 2014). Det intersubjektive fenomenet eller atmosfæren i rommet som oppstår mellom pasient og terapeut, og som er rik på ubevisst erfaring, kalles det analytiske tredje eller tredjeheten (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen, & Schanche, 2006; Wallin, 2007). Denne tredjeheten er en dimensjon som kan ses som utfyllende til to-person-fokuset, det vil si at i det intersubjektive møtet med den andre, skapes det et psykisk rom for indre sensitivitet, refleksivitet og mentalisering (Aron & Lechich, 2012).

Ifølge Binder et al (2006) forstår den relasjonelle psykoanalysen mennesket som grunnleggende relasjonssøkende og meningsskapende, noe som innebærer at det terapeutiske samarbeidet har et fokus på å være analytisk og empatisk lyttende. De siste tiårene har psykoanalysen tatt en relasjonell vending der det ubevisste, overføring, motoverføring og forsvar fortsatt er svært sentrale begreper, mens én-person-fokuset og Freuds driftsteori er tonet ned. Terapeuten ses som en uunngåelig medaktør i overføring-motoverføring-samspillet, og relasjonell psykoanalyse er derfor et brudd med det tradisjonelle én-person-fokuset (Binder et al., 2006; Killingmo, 2014). Greenberg og Mitchell var de første som på 1980-tallet bidro til det en kan kalle det relasjonelle paradigmet innen psykoanalysen (Aron & Lechich, 2012).

Opprinnelig ble forsvarsmekanismer oppfattet som hindringer i målet om å nå det ubevisste, mens en nå ser forsvarsmekanismer som nødvendige avverger for å opprettholde og regulere selvfølelse og psykologisk struktur (Johansen, 2012a).

De siste årene har psykoanalytisk begreper og teori støttet seg til interdisiplinære fagfelt som moderne nevroforskning og kognisjonsforskning knyttet til begrepet embodiment. Skårderud (2010) savner en god norsk oversettelse av begrepet embodiment, som han mener betyr å

vektlegge menneskekroppens eksistensielle karakter. Filosofisk vektlegger embodiment kroppen som både biologi og materie, men også som et psykologisk, kulturelt og historisk fenomen (Skårderud, 2010). Embodiment er noe annet enn «body». Body viser til den fysiske erfaringen, mens embodiment er den levende kroppen, det vil si slik vi lever og samspiller i mellommenneskelige relasjoner (Skårderud, Stänicke, & Haugsgjerd, 2010; Sletvold, 2014). Leuzinger-Bohleber (2015) hevder at «embodied» er noe mer enn det non-verbale, eller at begrepet bare er knyttet til kroppen. Hun viser til at hukommelse er knyttet til sensoriske og motoriske prosesser som gjensidig påvirker hverandre uten sentral påvirkning, og at dette samspillet er integrert i såkalte nevrologiske kart som en del av menneskets sensomotoriske system. Støtte for dette perspektivet finner en i oppdagelsen av speilnevronene hos aper, noe en tenker seg at også finnes hos mennesker. Hypotesen om speilnevronene assosieres med spedbarnsforskningen, der en er opptatt av samspillet med betydningsfulle andre (Beebe & Lachmann, 2002; Leuzinger-Bohleber, 2015). Speilnevronene ser ut til å stimulere til imitasjon og følelsesmessige empati av observert adferd ved samspill og relasjon til andre (Wallin, 2007). Barnets tidlige identifikasjoner relateres til det sensomotoriske samspillet (nevrologiske kart) som påvirker senere samspill. Hypotesen om speilnevronene ses som betydningsfull for å forstå tidlig «embodied» samspill og brukes i det intersubjektive teoretiske feltet innen utviklingspsykologi, tilknytningsteori, relasjonell psykoterapi, karakteranalyse osv. (Beebe & Lachmann, 2002; Leuzinger-Bohleber, 2015; Sletvold, 2014; Wallin, 2007).

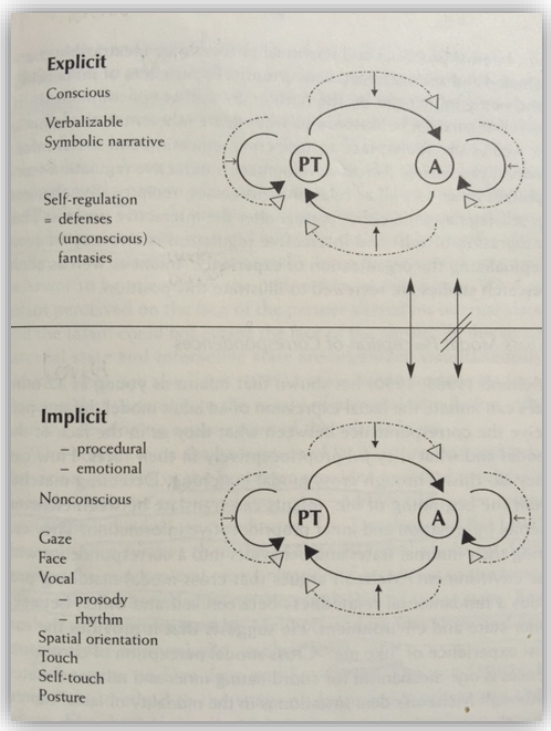
3.2 Karakteranalyse

Ifølge Sletvold (Sletvold, 2012a) oppstod den norske karakteranalytiske tradisjonen da Norges første professor i psykologi, Harald Schjelderup, traff den østerrikske jødiske psykoanalytikeren Wilhelm Reich. Han flyktet til Norge på midten av 30-tallet. Reich var jøde, kommunist og psykoanalytiker, og på flukt fra naziregimet ble han invitert av Schjelderup til å oppholde seg og arbeide i Norge. Reich, som var elev av Sigmund Freud, påvirket sterkt det psykoanalytiske miljøet i Norge, der Harald Schjelderup, Nic Waal, Ola Raknes, Trygve Braatøy og Odd Havrevold var viktige personer ved siden av kunstnere og kulturpersonligheter som Sigurd Hoel, Arnulf Øverland og danseren Elsa Lindenberg (Bunkan, 2014; Heller, 2012; Lien, 2013; Sletvold, 2014). Reichs karakteranalytiske teori bygget på Freuds første nevroseteorier. De fremhevet at den grunnleggende konflikt er mellom våre behov og den ytre verden, og ikke av Freuds senere indre driftsteorier (Sletvold, 2014). Reich var opptatt av at alle våre tidligere erfaringer blir kroppsliggjort i nåtid i form av

karakterholdninger, det vil si at karakteren er totalsummen av all tidligere erfaring. Videre mente Reich at kommunikasjonens form, det vil si hvordan den uttrykker seg i kroppen, er minst like viktig som det verbale innholdet. Ved å vektlegge den kroppslige dimensjonen i karakteranalysen samt Freuds første nevroseteorier skilte Reich og karakteranalysen seg fra den tradisjonelle freudianske psykoanalysen, selv om Freud hevdet at egoet først og fremst var et kroppslig ego (Sletvold, 2014). Freud var i sine tidlige arbeider opptatt av det kroppslig-emosjonelle uttrykket, men forlot dette perspektivet etter hvert (Sletvold, 2014). Reich analyserte pasientens underliggende negative overføring som en skjult motstand i formen for kommunikasjon. Med form mente Reich pasientens måte å snakke, hilse og se på terapeuten, pasientens måte å ligge på benken, stemmebruk osv. (Sletvold, 2011).

Sletvold (2009) viser til at Reich beskrev karakteren som en væremåte bestående av tre lag, der det ytterste var veltilpasset og vennlig, mellomlaget besto av nevrotiske forsvarsreaksjoner (negative og aggressive følelser), mens den tredje og innerste kjernen bestod av en streben etter å virkeliggjøre livets beste muligheter. Sletvold gir Reichs historiske karakterforståelse en nyere relasjonell utvidelse og forståelse med at den innebærer måter å være sammen på (Sletvold, 2009a). Dette innebærer at den karakteranalytiske endringsprosessen dreier seg om en «ny start», noe som innebærer utforsking og bevisstgjøring av gamle måter å være sammen på, og som kan føre til utvikling av en ny måte å være sammen på. Dette perspektivet anskueliggjøres i hvordan tidligere destruktive relasjonelle erfaringer kan føre til selvdestruktiv relasjonell gjentagelse i nye relasjoner og betydningen av å arbeide relasjonelt for å skape endring og en ny start (C. Lien, 2012). I 1999 endret navnet på behandlingen seg fra karakteranalytisk vegetoterapi til karakteranalyse ved at Institutt for karakteranalytisk vegetoterapi ble gitt navnet Norsk Karakteranalytisk Institutt (Sletvold, 2009b).

Beebe og Lachmanns (2002) dyadiske system-modell blir ofte brukt innen det karakteranalytiske perspektivet for å illustrere den komplekse interpersonlige samhandlingen og relasjonen mellom terapeut (A) og pasient (PT), der kommunikasjonen utspiller seg både på et bevisst/eksplisitt og et ubevisst/implisitt nivå mellom personene og i hver enkelt.



Den systemiske modellen viser den gjensidige kommunikasjonen, samspillet, påvirkningen og reguleringen mellom pasient og terapeut. Samspillet, som opprinnelig har tatt utgangspunkt i mor-barn-dyaden (-samspillet), viser hvordan dette skjer på et eksplisitt verbalt og bevisst nivå, og på et implisitt ubevisst og kroppslig nivå (blikk, mimikk, stemme, holdning, spatial orientering, berøring og selvberøring). De stiplede linjene viser til hver av personenes historie og erfaringer som kan innvirke på pasientens overføring og terapeutens motoverføring. Overføring/motoverføring skjer både bevisst og ubevisst, som pilene mellom nivåene viser, det vil si både verbalt og kroppslig. Modellen viser også den intrapsykiske aktiviteten hos henholdsvis pasient og terapeut, og som viser til selvreguleringen, det vil si hva en sier og gjør (inne) i seg i bestemte samspillsituasjoner (Beebe & Lachmann, 2002; Sorteberg, 2009).

Sletvold er kritisk til Decartes´ dualistiske perspektiv ved å skille kropp og sinn, og han vektlegger heller arbeidene til bl.a. den kroppsfenomenologiske filosofen Merleau-Ponty, nevrologen Damasio og psykoanalytikeren og spedbarnsforskeren Stern som talsmenn for det motsatte perspektivet (Damasio, 2002; Sletvold, 2014; Stern, 2007). Sletvold viser til spedbarnsforskning og betydningen av hypotesen om speilnevronene som gir mennesker mulighet til å «lese» andre personers intensjoner og føle i vårt indre hva de føler. Ved å betrakte mimikk, holdning og bevegelser, lytte til stemmeklang og observere i hvilken kontekst adferd oppstår, kan en med egen sensitivitet og imitasjon tone seg inn på den andre (Sletvold, 2014; Stern, 2007). Denne forskningen understøtter også objektrelasjonsteorien innen den psykoanalytiske tradisjonen, men også Reichs vektlegging av pasientens ikke-verbale kommunikasjon med terapeuten gjennom pasientens emosjonelle og karaktermessige

fremtoning i form av det kroppslige uttrykket (Andersen, 2009). Reichs vektlegging av pasientens non-verbale kommunikasjon er senere blitt beskrevet som vegetativ identifisering innen karakteranalysen. Begrepet henspiller til fenomenet der terapeuten oftest ubevisst imiterer inni seg den kroppslige og emosjonelle tilstanden hos pasienten og er derfor ikke en viljestyrt handling hos terapeuten (Andersen, 2009). Sletvold visert til spedbarnsforskningen som bekrefter dette ved at kommunikasjon foregår med emosjonelt ladede gester før den blir verbal (Beebe & Lachmann, 2002; Sletvold, 2009a). Samspillet mellom mor og spedbarn kjennetegnes av et mønster av veksling mellom uttrykk og gester, noe som kalles for protosamtale. I protosamtalen skjer vekslingene betydelig hurtigere enn i den verbale samtalen (Beebe & Lachmann, 2002; Sletvold, 2009a). Derfor foregår det meste av protosamtalen ubevisst. Den non-verbale protosamtalen avtar ikke etter språktilegnelsen og derfor tyder det på at kroppslig/emosjonelle uttrykk gjør sterkere inntrykk enn innholdet i det som blir sagt. En interessant studie som understøtter dette viste at en psykiaters ubevisste ansiktsreaksjon fanget opp suicidalfare hos pasienter langt bedre enn psykiaterens bevisste verbale vurdering (Heller, 2012; Sletvold, 2009a).

Den karakteranalytiske behandlingen er preget av terapeutens indre imitasjon av pasientens emosjonelle kroppslige uttrykk, der terapeuten inntar tre terapeutiske posisjoner i det relasjonelle samspillet. Disse tre terapeutiske posisjonene beskrives som den empatiske, den autentiske og den tilbakelente observerende posisjonen. De bidrar til at terapeuten kan samspille og reflektere over den terapeutiske relasjonen (Nylund & Sletvold, 2009; Sletvold, 2014). Sletvold (2009a, 2012c) viser til de egosentriske (autentiske) og de altersentriske (imitative) emosjonelt deltagende reaksjonene og den allosentriske (observerende) posisjonen. De egosentriske reaksjonene bidrar til følelser langs dimensjonen like-mislike og godt-vondt. De altersentriske reaksjonene bidrar til empatiske følelser, medfølelse og innlevelse. Reaksjonene og de terapeutiske posisjonene bidrar til at terapeuten kan veksle mellom å la seg engasjere autentisk eller empatisk, og å kunne være observerende, det vil si mer tilbakelent og avgrenset for å kunne reflektere over det relasjonelle samspillet (Sletvold, 2009a, 2014).

Karakteranalyse er, tilsvarende psykoanalytisk behandling, preget av å være en langtidsbehandling, men der pasient og terapeut som oftest sitter overfor hverandre og med en behandlingsfrekvens på to ganger pr. uke.

3.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet i 1947 i et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater/psykoanalytiker Trygve Braatøy. Bülow-Hansen var først og fremst kliniker og delte hovedsakelig sine kunnskaper muntlig via veiledning og kasuistikker (Thornquist, 2006). Hun hevdet selv at hun behandlet etter intuisjon (Koch, 1990). Braatøy skrev mange bøker og artikler før han døde i 1953, bare 49 år gammel. Han var influert av sin samtid, blant annet av Wilhelm Reich (Bunkan, 2014; Lien, 2013; Skårderud et al., 2010), og var i kretsen av samtidige psykoanalytikere som Schjelderup, Philipson, Waal og Raknes. Braatøy var ikke elev av Reich, men han verdsatte Reichs karakteranalytiske teknikk ved siden av Freuds og spesielt Ferenczis arbeider (Sletvold, 2014).

Den opprinnelige målsetningen med NPMF var å redusere kroppslig motstand og forsvar slik at følelsene ble lettere tilgjengelig for psykoanalytisk behandling (Bunkan, 2001). Senere er behandlingen i økende grad blitt brukt overfor pasienter med sammensatte lidelser som har smerter og spenningsproblematikk (Bunkan, 2001). Bunkan (2008) har knyttet alexithymibegrepet til NPMF, det vil si fenomenet der pasienter med mye kroppslige symptomer ofte karakteriseres av ikke å ha ord for følelser. Dette fenomenet beskrives også innen karakteranalyse, der alexithymi oppfattes som å være en bevissthetsforstyrrelse hos noen pasienter med somatiske symptomer som kan knyttes til blant annet en nedsatt mentaliseringsevne (M. H. Lien, 2012).

NPMF beskrives som å basere seg på teorier om affektenes betydning, både fra et nevrofysiologisk og et psykologisk perspektiv, ved siden av økende fokus på tilknytningsteoretiske og fenomenologiske perspektiver (Ekerholt, Schau, & Mathismoen, 2009). NPMF bygger også, ifølge Ekerholt et al (2009), på biomekaniske fysioterapeutiske kunnskaper i tillegg til samspillet mellom autonome reaksjoner, emosjoner og kroppslige forhold. Psykomotorisk behandling er, ifølge Bunkan og Thornquist (1995), ingen symptombehandling, men har fokus på å behandle hele mennesket, og der kroppen ses som en funksjonell, samspillende og meningsbærende enhet med psyke og soma som uatskillelige enheter. Kroppen er utgangspunktet for behandlingen, der en er opptatt av en såkalt omstillende behandling av kroppen ved å vurdere og behandle kroppsholdning, pust, bevegelser og muskelkonsistens (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995; Øien et al., 2007; Øien et al., 2011). For vurderingen brukes ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) og/eller prøvebehandling der pust og bevegelser tillegges størst betydning som ressurser med

hensyn til om terapeuten skal velge en såkalt støttende eller mer inngripende behandling (Bunkan, 2003, 2008; Sundsvold, Vaglum, & Denstad, 1982). Ved store kroppslige ressurser velges en inngripende behandling, mens ved økte kroppslige belastninger velges en mindre inngripende, det vil si med vekt på støtte som kan klargjøre til videre psykoterapi (Bunkan, 2003). Ekerholt (2011) hevder at pusten ikke kun er en følge av metabolske prosesser, men at pusten også responderer på endringer som glede, angst, frykt og tristhet. Thornquist (2006) mener at følelsesmessige endringer i behandlingen er vel så viktige som den kroppslige omstillingen. Selve behandlingen beskrives som strukturert og pedagogisk i formen, der behandlingstimen innledes og avsluttes med en kort refleksjonssamtale og dialog underveis om hvordan og hva pasienten opplever i løpet av behandlingen (Bunkan, 2001; Øien et al., 2007; Øien et al., 2011). Behandlingen inneholder ulike sekvenser med bevegelser og massasje som omfatter hele kroppen, og som utføres i ulike utgangsstillinger (sittende, stående, liggende). Små smerteknip i muskulaturen kan utføres for å få frem pasientens spenningsmønster ved ubehag (Thornquist & Bunkan, 1995). Ifølge Bunkan (2001) er målet en fleksibel og stabil kropp, der unødige spenninger som hemmer pusten og bevegelsene, reduseres. Fleksibilitet og omstillingsevne er sentrale begreper innen NPMF, der fleksibilitet henspiller til pasientens åpenhet og tilpasning til omverden, mens omstillingsevne viser til endring over tid (Gretland, 2007). Kroppslig balanse er et annet mål, der balanse ikke kan forstås uavhengig av pasientens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaring (Thornquist, 2006).

Videre tilstrebes, ifølge Bunkan, en analytisk holdning til hva som hemmer og fremmer egne kroppsforhold, deriblant ergonomiske forhold, men også emosjonelle forhold som ses som viktige å få bearbeidet underveis. NPMF, som presenteres i Bunkans forslag til behandlinger ut fra kroppsundersøkelse og anamnese, bærer preg av direkte kroppslige påpekninger og tolkninger av pust, bevegelser og holdning og har lite fokus på relasjonelle forhold (Bunkan, 2003, 2008). Psykomotorisk behandling beskrives også som et lengre terapiforløp, med behandling én gang pr uke (Bunkan, 2001).

De siste årene er det skjedd en gradvis akademisering innen NPMF ved at det er krav om mastergrad, og ved at flere psykomotorikere har tatt / tar en doktorgrad innen feltet (Lien, 2013). Interessen for Merleau-Pontys arbeider og det fenomenologiske perspektivet de senere årene har bidratt til en fenomenologisk dreining innen faget (Lien, 2013). Fra å ha et fokus på den fysiske og biomekaniske kroppen er interessen for den levende, erfarende, sansende, symbolske og subjektive kroppen i form av begrepet «embodiment» blitt vekket (Engelsrud, 2006; Skårderud et al., 2010). Det kan se ut som om det relasjonelle perspektivet og behovet

for samtalekompetanse har fått større betydning innen NPMF. Boken «Den relasjonelle kroppen» av Gretland (2007) understreker dette, selv om relasjonelle psykodynamiske begreper som overføring/motoverføring og projektiv identifikasjon synes lite omtalt. Psykomotorikerne Fadnes, Leira og nevroanatom Brodal (2010, 2013) har de siste årene fokusert på betydningen av nevrobiologi, propriocepsjon (sansning av egen kropp), bevegelser og balanse i psykomotorisk fysioterapi. Ifølge Sletvold er deres tilnærming interessant fordi de legger vekt på bevegelse og sansning ut fra et nevrobiologisk perspektiv, og fordi de har forlatt tradisjonelle psykomotoriske tilnærminger og øvelser, noe som tilsvarer at karakteranalyse har forlatt lignende vegetoterapiøvelser (Sletvold, 2014).

4.0 Begrepet relasjon

4.1 Relasjonsbegrepets historie innen de tre terapiretningene

For å kunne forstå og reflektere mer over relasjonsbegrepet og meningsdimensjonene er det nødvendig å knytte begrepet til de enkelte terapienes faghistoriske fokus på relasjon. Hvordan har begrepet utviklet seg innen de tre terapiretningene? En kort historisk gjennomgang kan gi forståelse for hvordan begrepet oppfattes og brukes her og nå.

4.1.1 Psykoanalyse og relasjon

Innen psykoanalyse er det de siste 30 årene skjedd en dreining fra driftsteori til relasjonsteori (Binder et al., 2006). Teoretikere som Sullivan, Fairbairn og Bowlby understøtter med sine teorier betydningen av det relasjonelle perspektivet. Dette samsvarer med moderne utviklingsteori, som er basert på barns utvikling, i motsetning til teoretikere som er forankret i drifts- og fasetenkning (Johansen, 2012b). Relasjonell psykoanalyse ser mennesket som grunnleggende kontaktsøkende og meningsskapende og representerer en drivkraft ut fra seg selv. Gjennom dette perspektivskiftet har det skjedd en dreining fra én-person-fokus til to-person-fokus, der terapeuten ses på som en viktig medaktør i det relasjonelle samspillet i den terapeutiske samhandlingen. Etter hvert er også begrepet tredjeperson, tredjehet eller den analytiske tredje blitt introdusert (Aron & Lechich, 2012; Binder et al., 2006). Greenberg og Mitchell introduserte begrepet relasjonell psykoanalyse i 1983 (Aron & Lechich, 2012; Binder, 2006). Relasjonell psykoanalyse er ment som en brobygger mellom teorier innen interpersonlig psykoanalyse og objektrelasjon, og som kan kompensere for svakheter innen egopsykologi og mer klassisk freudiansk psykoanalyse (Binder et al., 2006). Den relasjonelle

psykoanalysen har etter hvert fått flere bidragsytere, som fra selvpsykologi, tilknytningsteori, spedbarnsforskning og utviklingspsykologi, men de bærende psykoanalytiske begrepene som det ubevisste, overføring, motoverføring og forsvar, er fortsatt sentrale. Innen norsk psykoanalyse har Gullestad og Killingmo bidratt med å bringe inn den relasjonsorienterte karakteranalysen som en syntese mellom den dynamiske objektrelasjonelle teorien og det mer strukturelle karakterbegrepet (Gullestad & Killingmo, 2005; Killingmo, 2007).

4.1.2 Karakteranalyse og relasjon

Ifølge Sletvold (2010, 2012a, 2014) oppstod den norske karakteranalytiske tradisjonen i møtet mellom Reich og Schjelderup på 30-tallet. Schjelderup var opptatt av å analysere ikke-symbolske nivåer som karakterholdninger og muskulær atferd, i tillegg til symbolske representasjoner i form av ord, fantasier og drømmer.

Schjelderup, som var den første psykologiprofessoren i Norge, psykoanalytiker og sterkt influert av Wilhelm Reichs karakteranalytiske perspektiver, argumenterte i sin bok «Nevrosene og den nevrotiske karakter» fra 1941 for at nye relasjonelle erfaringer er avgjørende for grunnleggende endring (Schjelderup, 1988; Sletvold, 2010, 2012a, 2014). Han støttet verken Freud eller Reich i seksualitetens (libidos) fremtredende rolle i nevroseteorien, men mente at nevrosers årsak må ses i lys av traumatiske erfaringer, det vil si både enkeltstående og vedvarende skadelige erfaringer med foreldre og omsorgspersoner. Ifølge Sletvold fokuserte Schjelderup på Freuds første nevroseteori, som hevdet at alle former for traumer kunne føre til hysteri. Schjelderup (1988; Sletvold, 2010) var opptatt av at grunnlaget for kroniske nevroser var multifaktoriell, bestående av konstitusjonelle faktorer og oppdragelse som innskrenker barnets reaksjonsfrihet og traumatiske opplevelser. Schjelderup fremhevet betydningen av analytikerens bestemte måte å møte pasienten og pasientens overføringsreaksjoner på i form av forståelse og velvillig nøytralitet, det vil si ikke-dogmatisme og fravær av stilltiende og åpenlys kritikk som gjør det mulig for pasienten etter hvert å redusere sin angst og sine hemninger (Schjelderup, 1988; Sletvold, 2010).

Rolf Grønseth (1991) flyttet etter hvert fokus bort fra pusteøvelser, berøring, instruksjoner og manuelt arbeid innen karakteranalytisk vegetoterapi til å sette ord på sin opplevelse av pasientens kroppslige uttrykk og fremtoninger. «En skulle ikke gjøre noe med pasienten», og han kalte sin tilnærming for eksistensiell karakteranalytisk vegetoterapi, som var en avstandstaken fra den tradisjonelle karakteranalytiske vegetoterapien. Ifølge Sletvold (2012b) førte den karakteranalytiske vegetoterapiens «uheldige utvikling» og ulike blindveier frem til

at det på 90-tallet endte med brudd og oppgjør med mange reichianske og vegetoterapeutiske terapier, som i stor grad brukte kroppslige teknikker, pusteøvelser og manuelt arbeid, og som hadde lite med psykoanalytiske tradisjoner å gjøre. Det var et oppgjør med Reichs energiteorier og en dreining mot at kroppsteknikker kunne integreres i psykoanalytisk terapi, som fokuserer på overføring/motoverføring (Sletvold, 2012b). Det faglige og teoretiske oppgjøret endte med at Norsk Karakteranalytisk Institutt ble opprettet i 1999, og vegetoterapibenevnelsen ble forlatt. Navneendringen viste, ifølge Sletvold (2012b), til et endelig brudd med eget teorigrunnlag og terapiform til at karakteranalyse er en relasjonell psykoanalytisk terapiform der den nonverbale kommunikasjonen blir vektlagt. Skiftet medførte at fokuset på direkte arbeid med kroppen (vegetoterapeutiske prinsipper) ble underordnet fokuset på den emosjonelle relasjonen mellom terapeut og pasient i form av overføring og motoverføring. Oppgjøret med vegetoterapien og den relasjonelle vendingen innen karakteranalyse medførte også et skifte i fokus fra én-person-fokus til to-/tredje-person-fokus, noe som blant annet understøttes av Beebe og Lachmanns systemiske dyade-modell. Opprettelsen av Norsk Karakteranalytisk Institutt førte til en integrasjon av relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og noen elementer av kroppslig tilnærming (Sletvold, 2012c).

4.1.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi og relasjon

De siste 70 årene etter Braatøys og Bülow-Hansens samarbeid har NPMF fått et tilfang av flere teoretiske perspektiver. Braatøy og Bülow-Hansen samarbeidet om å utforske det muskulære panseret som hindret pasienten i å åpne seg i psykoterapi (Heiberg, 2009). Braatøy mente at følelser bare spiller seg ut i relasjon (Meurle-Hallberg & Radøy, 2009). Terapeuten skulle ikke være autoritær, men skulle kunne berolige og være interessert i pasientens daglige arbeid og manifeste problemer (Braatøy, 1948a). Braatøy (1948b) fremhevet og anerkjente fysioterapeutenes håndlag og iakttakelsesevne og bevegelsesterapeutens fornemmelser og innsikter som mer spesialiserte og nyanserte enn ordene som vanlige allmennleger brukte. Braatøy (1948b) hevdet at fysioterapeuten og psykoterapeuten fikk tilgang til og behandlet ulike pasienter. Fysioterapeuten møtte pasienter som hadde kroppslige symptomer, behandlingen var preget av ulike manuelle teknikker, og samtalen var karakterisert av tilfeldighet, latterutbrudd og så videre. Psykoanalytikeren, derimot, tok imot pasienter der deres lidelse var sammenvevd i et intimt medmenneskelig og familiært samspill, og der fokuset var på dette medmenneskelige samspillet i symptomer som minespill og ord. Braatøy gjorde et poeng av at fysioterapeut og psykoanalytiker hadde et tilfang av forskjellige pasientutvalg som gjenspeilte både pasientenes forventninger og helsevesenets skille mellom

psyke og soma, noe som er gjenkjennbart i dagens kliniske praksis. Braatøy beskrev her en dikotomi mellom på den ene siden sykegymnastens fravær av terapeutisk samtale og fokus på ytre relasjonell påvirkning, og på den andre siden psykoanalytikerens ensidige fokus på verbal analyse, der bevegelser, respirasjon og holdning ble oversett. Han hevdet at ved påvirkning av pasientens holdning, påvirkes også respirasjon, noe som utløser affekter og vokalisering, og som utløser ord og verbale opplysninger. Når vokaliseringen differensieres i ord, har en nådd den egentlige psykoterapien (Braatøy, 1948b). Braatøys beskrivelse av fysioterapeutens kroppslige behandling kan ses på som en type bearbeiding av pasienten for videre psykoterapeutisk behandling. Han hevdet, ifølge Bülow-Hansen, at hun med sin (psykomotoriske) særegne fysioterapitilnærming kunne «trykke på knapper» på pasienter som samtidig gikk i psykoterapi hos ham (Bülow-Hansen, 1995). Med bakgrunn i Braatøys og Løgstrups tekster argumenterer Sviland et al. (2007) for at holdningsomstilling innen NPMF er en eksistensiell prosess der holdning tolkes både som en kroppsholdning og attityde, og bevegelsene er samtidig fysiske og følelsesmessige. De taler derfor for å utvikle NPMFs teorigrunnlag videre i en eksistensiell retning.

Tidligere litteratur knyttet til NPMF-behandling viser eksempler på samtale i behandling som neppe kan kalles relasjonell eller alliansedannende, men som heller representerer en paternalistisk, bebreidende og reifiserende (tingliggjørende) holdning. Eksempler er terapeutens tolkninger og påpekninger ved stiv nakke, ved holdt pust og sammenbitte kjeve, eller når pasienten ikke gir etter ved aktive og passive bevegelser: «Er du stivnakke, du?», «Er du ikke vant til å si ifra, du?», «Tåle, tie, bære – er det ditt ideal?», «Du vil ikke gi deg helt over?» og «Er det vanskelig ikke å ha styring og kontroll selv?» (Thornquist & Bunkan, 1995).

Monsen (1989) utviklet Psykodynamisk Kroppsterapi, der hun forsøkte å integrere psykodynamisk orientert samtaleterapi i NPMF. Hun var kritisk til det hun kalte en instrumentell tilnærming til pasientene innen NPMF som ikke tok hensyn til pasientens eksistensielle og kontekstuelle utfordringer(Lien, 2013; Monsen, 1989). Lillemor Johnsen tok etter hvert avstand fra NPMF og utviklet en egen utviklingsteori og «Integrert respirasjonsterapi» som en særskilt kroppsorientert psykoterapiretning (Bunkan, 2014; Gretland, 2007; Johnsen, 1990).

Gretland (2007) tar opp og beskriver mye av det relasjonelle, intersubjektive og fenomenologiske perspektivet i sin bok «Den relasjonelle kroppen» og kan synes å gi NPMF

en dreining og retning mot det relasjonelle perspektivet. Imidlertid blir begreper som overføring/motoverføring eller projektiv identifikasjon verken tematisert eller brukt teoretisk eller klinisk. Gretland (2007) s. 201 viser blant annet til at samtale knyttet til kroppslig samhandling kan være knyttet til

- *«enkle erfaringsnære begrep om egen kropp*
- *emosjonell inntoning til og kontekstualisering av kroppslige reaksjoner og væremåter her og nå*
- *livshistorie med fokus på sentrale livshendelser og tema*
- *alminneliggjøring og generalisering»*

Bunkan (2003, 2008) har utviklet en egen ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) og den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK) for psykomotoriske fysioterapeuter. DOK er de siste årene blitt vitenskapelig testet og sammenlignet med den lignende Globale Fysioterapi Metode-52 (GFM-52), som Sundsvold utviklet (Kvåle, Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, & Friis, 2010; Kvåle, Bunkan, Opjordsmoen, & Friis, 2012, 2013; Kvåle, Bunkan, Opjordsmoen, Ljunggren, & Friis, 2010; Sundsvold et al., 1982). Begge de psykomotoriske kroppsundersøkelsene er ment som psykometriske metoder og manualer for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager eller psykiske lidelser. Undersøkelsesmetodene omfatter kroppsholdning, pust, bevegelser, evne til avspenning og fleksibilitet samt hud- og muskelkvaliteter (Kvåle, Bunkan, Ljunggren, et al., 2010). I «Den omfattende kroppsundersøkelsen» synes eksempler på samtale fortsatt å bære preg av en paternalistisk, påpekende og reifiserende (tingliggjørende) terapeutisk holdning uten at den relasjonelle eller allianseskapende dimensjonen er vektlagt eller reflektert over (Bunkan, 2003). Innen den karakteranalytiske tradisjonen utviklet Nic Waal allerede i 1957 en lignende kroppslig undersøkelsesmetode, kalt Nic Waals somatiske psykodiagnostiske metode (WSP-metoden)(Moe, 2010). WSP-metoden er ikke så omfattende som de psykomotoriske undersøkelsene, men skiller seg klart fra dem ved at pasientens kontakt- og kommunikasjonsevne, det vil si evne til å inngå relasjon, blir undersøkt og spesielt vektlagt i tillegg til muskel- og respirasjonsundersøkelse.

Teoriene til den kroppsfenomenologiske filosofen Merleau-Ponty (2009) bidro etter hvert til en fenomenologisk retning innen NPMF. Han forstod kroppen som opplevende, erfarende, sansende og relasjonell, og hevdet at subjektet som «væren i verden» er en relasjonell væren som hele tiden blir det gjennom forholdet til verden (Engelsrud, 2006). Enten det dreier seg

om en annens eller egen kropp, kan en kun lære å kjenne et menneskes kropp ved å leve sammen med det og forholde seg til at det ikke er skarpe grenser mellom egen og andres kropp (Engelsrud, 2006; Merleau-Ponty, 2009). Engelsrud (2006) hevder at «levd kroppslig erfaring» viser hele personens subjektivitet og intersubjektivitet. Det vil si at «levd kroppslig erfaring» skapes i kommunikasjon med andre, der erfaringene alltid oppstår i konkrete situasjoner med andre. I de siste årene er også det narrative perspektivet innen NPMF blitt utforsket uten at det har hatt et eksplisitt relasjonelt perspektiv (Ahlsen, Mengshoel, & Solbrkke, 2012; Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014).

4.2 Relasjonsbegrepets kliniske fenomenologi i de tre terapiretningene

For å belyse og sammenligne relasjonsbegrepet ytterligere vises det til hvilke kliniske beskrivelser som gis av relasjonsbegrepet i de ulike artiklene som utgjør datamaterialet. Meningen er å kunne sammenligne hvordan ulike artikkelforfattere fra de respektive behandlingsretningene beskriver relasjon basert på deres egen subjektive kliniske erfaring. Ifølge Killingmo (2007) er det ikke et én-til-én-forhold mellom teori og teknikk, det vil si at forskjellige psykoanalytiske retninger kan bruke samme teknikk, men ut fra ulike teorier og bakgrunner. Hans poeng kan overføres til denne undersøkelsen, der beskrivelser av behandling/teknikk tilsynelatende kan være like og ha mange felles elementer, men der teoribakgrunn og forståelse av relasjonsbegrepet kan være ulikt. Maroda (2010) s. 2 stiller viktige spørsmål ved litteratur som omhandler det relasjonelle perspektivet: «When I read the literature I find the focus is mostly how the therapist thinks about the *client* rather than how the therapist thinks about the relationship. Therapists tend to ask themselves ´What should *I* do?` rather than ´What needs to happen in this relationship right now, and what is the best way I can facilitate that?`».

4.2.1 Relasjonsbegrepets fenomenologi i psykoanalyse

Killingmo og Gullestad (2005) står for en egen posisjon innen norsk psykoanalyse ved å anerkjenne karakterbegrepet der begrepet brukes for å forstå underteksten i den relasjonelle behandlingen. Relasjonsorientert karakteranalyse må derfor ikke forveksles med karakteranalyse. Killingmo (2007) forklarer i artikkelen at karakterbegrepet er beholdt selv om han argumenterer for at det heller kan kalles for et strategibegrep. Med strategi peker han på at det gjenspeiler en internalisert måte å forhandle med andre på som barnet/personen har erfart lønner seg best for å oppnå eller unngå noe. Pga den norske historiske tilhørigheten til Reich og hans påvirkning på norsk psykoanalyse velger Killingmo å beholde

karakterbegrepet. Killingmo (2007) søker i artikkelen «Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse» å integrere det strukturelle og stabile karakterbegrepet med det bevegelige og dynamiske relasjonsbegrepet. Han tar utgangspunkt i egopsykologen Rapaports utsagn om betydningen av strukturbegrep i psykologisk teori og overfører dette til at psykoanalytisk teori og teknikk må forholde seg til både bevegelige og stabile sider ved pasientens personlighet. Killingmo (2007) sammenfatter relasjonsorientert karakteranalyse slik: «*Det er en analytisk praksis som i særlig grad fokuserer pasientens internaliserte relasjonsstrategier mellom selvrepresentasjoner og objektrepresentasjoner slik de utspiller seg i overføringen i den terapeutiske dialog.*»

Den relasjonsorienterte karakteranalysen legger spesielt vekt på å tolke internaliserte aggressive objektrelasjoner og på å påpeke dem slik de uttrykkes i den negative overføringen.

Relasjonsorientert karakteranalyse har utviklet seg videre fra klassisk psykoanalyse ved av selvbegrepet er mye mer betydningsfullt ved å legge avgjørende vekt på det subjektive perspektivet og selvproblematikken. Med det menes pasientens selvfølelse, selvoppfatning og selvets opplevde væren-tilstand, som ofte er et tema i den terapeutiske samtalen (Killingmo, 2007).

Killingmo anerkjenner Reichs innsats for å ha løftet frem karakterbegrepet innen psykoanalysen. Karaktertrekk karakteriseres av et svært stabilt mønster som kjennetegnes av å være relativt fri for konfliktspenning og påtrengende affekter. De preger store deler av personligheten, som tenkningsmåte, kontaktform, affektregulering, stil og allmenn væremåte. Killingmo hevder at det er tre grunntanker ved karakterbegrepet som har betydning for klinisk praksis. Den ene grunntanken er at infantile konflikter og deprivasjonserfaringer nedfeller seg som karakterdrag og avgrensede symptomer som analytikeren må oppspore og konfrontere slik at dypere strukturer endres. Den andre grunntanken er at karakteren kan fungere som et forsvar mot driftsimpulser og andre påtrengende behov, slik at den kan stivne til i et panser som holder enhver opplevelse unna, og som kan beskrives som få være fange i eget fengsel. Den tredje grunntanken består i at karakteren kan fungere som motstand i analysen. Karakterdragene ses som ubevisste, og som utløses automatisk og beskrives som bremser både overfor prosessen og i tilknytning til analytikeren (Killingmo, 2007). Karakterdragene uttrykkes i pasientens form, i motsetning til det narrative innholdet i det pasienten sier. Formen beskrives som karakterdragene som ligger i kontrollsystemene i måtene affektene uttrykkes, i kommunikasjons- og væremåte, i mimikk og kroppsholdning. For å bli

oppmerksom på pasientens subtile og ubevisste karakterdrag kreves det at analytikeren er lyttende, tonet inn på pasienten og er tilbakelent betraktende til pasientens språk og stil (Killingmo, 2007).

Killingmo (2007) viser til at barnet internaliserer relasjoner mellom seg og sine primærobjekter som danner infantile relasjonsscenarier som fortolkes og fantaseres om, og som senere inngår i den voksnes relasjonsmønstre. I den forbindelse forstås og behandles psykopatologi som uttrykk for forstyrrede og internaliserte relasjonserfaringer. I behandling kan disse gamle og fortolkede relasjonsmønstrene overføres på analytikeren, og analytikeren blir, ifølge Killingmo, subtilt forsøkt trukket inn som en medspiller i gamle relasjonsscenarier. Pasienten blir beskrevet som en strateg og iscenesetter som ubevisst gestalter både egen og terapeutens rolle i relasjonsdramaet. Behandlingen består i å la pasienten erfare hvordan vedkommende ubevisst opprettholder sitt eget lidelsesmønster ved å utspille og overføre sine gamle relasjonsmønstre. Killingmo gjør et poeng av at objektrelasjonsteorien har ført til at Freuds driftsteori har blitt nedtonet og omformulert til å dreie seg om selv–objekt-relasjoner. Med det mener han at karakterorientert psykoanalyse opererer med selv–objekt-relasjoner både på impulssiden og på forsvarssiden av den klassiske konfliktmodellen (drift er fortsatt med). Objektrelasjonsteorien har endret fokuset fra én-person- til to-person-psykologi, noe som står i motsetning til Reichs én-person-fokus, der karaktertrekkene manglet en objektrettet intensjon (Killingmo, 2007).

I klinisk praksis der relasjon og karakter blir koblet, fremhever Killingmo (2007) spesielt betydningen av de tekniske behandlingsgrepene, som han beskriver i fem punkter: «her og nå», «alltid fra overflaten», «fokus på motstand», «fokus på det negative» og «fokus på form». Med «her og nå» mener han at analytikeren må stille det viktige spørsmålet som «hva føler pasienten og jeg her og nå?» Spørsmålet leder analytikeren til å møte pasienten der vedkommende befinner seg følelsesmessig her og nå. I den sammenheng understrekes betydningen av å være avventende i begynnelsen slik at analytikeren lytter til pasientens undertone i dialogen. Særlig fremheves pasientens stemmeleie, intonasjon, pust og holdning. Han skiller her mellom pasientens strukturaliserte affekt og overføringsaffekten. Den strukturaliserte affekten beskrives som affekten som er kodet i språk og narrativ sammenheng, og som det er satt språk på. Overføringsaffekten er affekten som analytikeren spesielt lytter til fordi pasienten ennå ikke har språkliggjort den eller satt den inn i en sammenheng. Ved å unnlate å fokusere på overføringsspenningen vil behandlingen, ifølge Killingmo, bli grunnere ved at den sammenhengende historien blir ensidig vektlagt, og pasienten får ikke sjansen til å

få tak i de affektive erfaringene som er knyttet til infantile scenarier som utspiller seg i behandlingen. Pasienten bruker subtile strategier for å få analytikeren til å handle overfor pasienten på bestemte måter. Han mener det er vesentlig at analytikeren lokaliserer, påpeker og tolker ved å bruke sin egen motoverføring som hjelpemiddel. Hvis ikke står analytiker i fare for å miste sin analytiske posisjon (Killingmo, 2007).

Behandlingen må «alltid starte på overflaten», så bevege seg dypere ned, og analytikeren må følge taktfullt og sensitivt lyttende bak (Killingmo, 2007). Fokus må være på å lytte til pasientens mange stemmer i form av undertoner og undertekst. Pasienten må få en mulighet til å kunne følge med på hvilke observasjoner analytikeren bygger tolkningene på. Videre dreier det seg om å fokusere på pasientens strukturaliserte motstand, og om å påpeke og analysere denne. Slik motstand dreier seg om pasientens løsninger som er utviklet over tid for å holde seg sammen og forsvare seg mot truende og overveldende opplevelser. Karaktermotstanden eller den individuelle og personlige strategien som pasienten bruker, inneholder, ifølge Killingmo, et relasjonelt budskap som analytiker må være sensitiv og ekstra lydhør over lang tid for å kunne oppfatte.

«Fokus på det negative» er et annet aspekt som Killingmo (2007) er opptatt av. Med det menes pasientens internaliserte og ofte ambivalente relasjoner til primærobjektene som pasienten overfører emosjonelt på analytikeren. Dette kan gi seg utslag i at analytikeren kan bli tolket som en kritisk, dømmende og devaluerende objektrepresentasjon for pasienten, noe som er viktig å fange opp og tolke. Hvis ikke kan det lett tilsløres av en avvergende idealiserende overføring som hindrer dypere relasjonell forståelse av pasientens raseri eller nederlagsfølelse.

Videre fremheves «fokus på formen» i alle sine uttrykk. Ifølge Killingmo «er det gjennom formen selvets relasjon til objektene reguleres, og det er gjennom formen at pasienten umiddelbart justerer dialogen med analytikeren.» Affekten kan lett avspores, og dialogen kan bli intellektuelle betraktninger om følelser uten at noe blir følt. Killingmo legger her vekt på form som språk og språkføring, og nevner for eksempel hvordan pasienter snakker om sine følelser i passiv form (min angst versus jeg er redd), der selvet trekkes ut av subjektformen, og der dette er blitt en permanent stil. Dette skaper distanse til affekten, og den uoppmerksomme terapeuten kan respondere på samme måte i dialogen slik at det ubevisst oppstår en dialog der følelser holdes borte fra den terapeutiske samtalen (Killingmo, 2007).

I neste psykoanalytiske artikkel, «Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen», utforsker Binder (2006) hvordan den relasjonelle psykoanalysen forstår overføringsfenomenet. Psykoterapiforskning indikerer at selve terapirelasjonen har stor betydning, og at teorier om terapi bør ha et fokus og rikt språk om det relasjonelle. Den relasjonelle psykoanalysen støtter seg mye på spedbarnsforskning, moderne selvpsykologi og utviklings- og objektrelasjonsforståelsen som Winnicott og Fairbairn står for. I tillegg til selvpsykologien er det «andre»-orienterte perspektivet viktig (Binder, 2006).

Binder (2006) slår fast at det relasjonelle psykoanalytiske perspektivet dreier seg om å forstå gamle relasjonsmønstre som blir gjentatt her og nå og i nye relasjoner. Tanker, følelser og atferd antar en at er grunnleggende relasjonelt organisert, slik at endringer i relasjonsmønstre vil kunne gi endringer på flere nivåer i pasientens liv. Det gir et terapeutisk grunnlag for sammen å utforske hva som var fortid, hva som er nåtid og hva som kan bli fremtid. Relasjonell psykoanalyse er opptatt av det som skjer her og nå i det terapeutiske og analytiske samspillet. Pasienter anses å komme i terapi med gammel gru og gamle håp om hva relasjoner kan være, og de iscenesetter dem her og nå. Terapeuten er ikke, som tidligere, en blank og nøytral person som pasienten projiserer sine følelser på, men er i den relasjonelle psykoanalysen et tenkende, følende og opplevende medsubjekt og medaktør i overføring/motoverføring-feltet. Meningsperspektivet i den relasjonelle psykoanalysen viktig, der mening oppstår og utspiller seg når et felleskap av minst to personer kommuniserer, og der ny mening oppstår hver gang gamle fortolkningsmåter hentes frem i nye situasjoner og relasjoner (Binder, 2006). Fortidens relasjoner kan gjenskapes og gis ny form i nye faktiske samspill i terapi. Det klassisk psykoanalytiske driftsperspektivet, der mennesket anses å være drevet av intrapsykiske drifter, er forlatt, og det dreier seg heller om indre biologiske behov som blir fortolket og får mening gjennom ytre samhandlingsscenarier. Det vil si at selvet er formet av og uunngåelig innvevd i relasjoner til andre mennesker. Overføringen av gamle relasjonelle mønstre gjenspeiler ikke lenger rene intrapsykiske fenomener, som i klassisk psykoanalyse. Pasienten oppfatter terapeuten som en medaktør og et opplevende, tenkende og følende medsubjekt i terapirelasjonen. Det innebærer at terapeuten også handler og reagerer emosjonelt på hva pasienten iscenesetter, og dette brukes terapeutisk (Binder, 2006). Binder hevder at veien til pasientens virkelighet av og til må gå veien via pasientens opplevelse av terapeutens opplevelse.

Binder mener at den relasjonelle psykoanalysens terapeutideal ikke er mer lettvint enn i den klassiske psykoanalysen. Terapeutens emosjonelle engasjement og respons er en viktig

betingelse for å kunne endre pasientens relasjonelle mønster. Binder advarer mot en mulig relasjonell retraumatisering av pasienten ved at terapeuten hovedsakelig anser pasientens opplevelser som en forvrengning og projisering i overføringen istedenfor å anerkjenne pasientens mellommenneskelige opplevelse og oppfattelse av terapeuten som subjekt. I artikkelen presenteres en klinisk vignett for å illustrere terapeutens subjektive, emosjonelle og selvavslørende rolle i relasjonell psykoanalytisk terapi. Vignetten beskriver pasientens overføringsreaksjon, der pasienten opplever terapeuten som fjern og distansert i terapirelasjonen. Pasienten hadde en oppvekst med foreldre som ruset seg, og som var fjerne i sin relasjon til ham. Terapeuten gjenkjenner i denne situasjonen sin egen ubevisste distansering til pasienten og anerkjenner pasientens opplevelse istedenfor å hevde at pasienten projiserer og forvrenger sine gamle relasjonsscenarier på ham. Terapeutens emosjonelle respons og selvavsløringer i prosessen med å utforske pasientens relasjonsmønstre kan bidra til et behov for å overskride det gamle relasjonsmønsteret som pasienten har. Eksplisitte selvavsløringer beskrives som terapeutens subjektivitet som blir synlig for pasienten i relasjonen, og som bidrar til at terapeuten aldri kan fremstå som såkalt nøytral i terapeut–pasient-relasjonen.

Terapirelasjonen ses på som en samarbeidsrelasjon der det anerkjennes at begge aktører medvirker, og en eventuell motstand mot samarbeidet kan foregå både hos pasient og terapeut. Terapeut–pasient-relasjonen streber etter å være symmetrisk ved at både pasient og terapeut er likeverdige som opplevende subjekter. Relasjonen er også asymmetrisk på rollenivå ved at pasienten oppsøker terapeuten som har fagkompetanse til å hjelpe. En utforsking av overføringsforholdet skjer derfor innen spenningsfeltet av både symmetri og asymmetri der «foreldre-overføringer» lett blir aktualisert, det vil si at relasjonen til terapeuten kan ligne på opprinnelig relasjon til omsorgsgivere (Binder, 2006). Erfaringen av å være i en situasjon der noe velkjent, gammelt og smertefullt finner sin form og sitt uttrykk samtidig som nye erfaringer oppstår, bidrar til en terapeutisk endring. I den sammenheng er ikke terapeuten en som påpeker eller «vet», men en som prøver å forstå ved å bruke sine teoretiske og kliniske kunnskaper. Binder (2006) viser til at endringen kan oppfattes som «transformasjonell» heller enn «informasjonell», det vil si at den nye relasjonserfaringen gis betydning for endring i form av innsikt i eget liv istedenfor at kun innsikt gir endring. Binder (2006) advarer mot for mye fokus på teknikk i terapi, der terapeuten raskt anses som læremester, og pasienten ikke ses på som et opplevende subjekt i relasjonen. Teknikken og oppgavene får da et fokus på bekostning av relasjonen.

Bearbeiding av overføringsforholdet, med tolkninger, påpekninger og klargjøring av pasientens relasjonelle mønstre, anses som viktig. Binder understreker at den relasjonelle psykoanalysen vektlegger den nye relasjonserfaringen som mer betydningsfull for endring fremfor kun innsikt. Til forskjell fra klassisk psykoanalyse er den innholdsmessige siden av tolkningene forskjellig ved at driftsperspektivet er nedtonet. Tolkningen dreier seg heller om å gi mening til pasientens relasjonelle mønster knyttet til streben etter kontakt og pasientens forsvar knyttet til forventing om avvisning (Binder, 2006). Terapeuten prøver å forstå og affektivt tone seg inn, heller enn å vite, og sammen kan pasient og terapeut prøve å utforske pasientens relasjonelle mønster, fortolkningsmåter og antagelser om seg selv og andre. Tolkningene tilstrebes å bli stilt som mer lekne og åpne spørsmål. Binder henviser til pågående relasjonell forskning som viser hvordan pasienter aktivt tester ut sine «patogene antagelser» i relasjonen til terapeuten.

4.2.2 Relasjonsbegrepets fenomenologi i karakteranalyse

Artiklene til Sletvold (2012c, 2013), «´Sier du det` – et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi» og «Training Analysts to Work With Unconscious Embodied Expressions: Theoretical Underpinning and Practical Guidelines», inneholder mer inngående teoretiske og kliniske beskrivelser av det relasjonelle perspektivet i karakteranalyse.

Utsagnet «Sier du det» i Sletvolds (2013) første artikkel illustrer hvor intetsigende og meningsløst et utsagn kan være når det ikke ledsages av det kroppslig emosjonelle språket, som stemmeføring, bevegelser, gester, mimikk, pust, kroppsholdning og så videre. Med det viser han at terapi må ha en oppmerksomhet ikke bare på «innhold», det vil si ordene og det narrative, men på ledsagende «form», det vil si det emosjonelle kroppsspråket. Sletvold viser til Reichs utvidelse av den psykoanalytiske teknikken ved ikke bare å spørre «hva» som peker til innholdet, men også «hvordan», det vil si adferdens og kommunikasjonens form. Dette vises med en klinisk illustrasjon der Sletvold beskriver en terapi som hadde stagnert. Ved hjelp av kroppslig emosjonell imitasjon og den karakteranalytiske veiledningsmodellen fikk terapeuten en opplevelse av og refleksjon over at terapien hadde hatt et for ensidig fokus på innhold, det vil si pasientens historie, som hadde utviklet seg til felles intellektualisering uten at formen var blitt ivaretatt. Fokuset hadde vært for mye på *hva* og *hvorfor* pasienten fortalte og tenkte istedenfor fokuset på det subjektive og opplevende, det vil si *hvordan* pasienten hadde det og hvordan det var å være vedkommende. Imitasjonen ble brukt som et hjelpemiddel for å styrke terapeutens innlevelsesevne og sensitivitet for hvordan pasienten hadde det. Selve imitasjonen av pasienten etter behandlingstimen dreide seg om å innta og

imitere pasientens stilling og kroppspositur for å kjenne etter pasientens emosjonelle tilstand. Imitasjon av pasientens sammenkrøpne kroppspositur med bena innunder seg og armene i fanget bidro til at terapeuten kjente på noe helt annet enn en avslappet behagelig stilling, men heller en forsterkning av en indre uro som nærmet seg desperasjon. Terapeutens stigende bekymring for pasienten ble forsterket av det han oppfattet som pasientens desperasjon og fortvilelse. Det bidro til at pasienten fikk tettere oppfølging med hyppigere møter, slik at relasjonen kunne reetableres og bli tryggere for å våge å møte den krevende situasjonen de stod overfor. Da pasienten en gang uteblir uten å gi beskjed blir terapeuten redd for hva som kan ha skjedd. Pasienten viste seg å være syk og hadde etterlatt beskjed som terapeuten ikke hadde hørt. Terapeuten opplevde sin reaksjon, det vil si motoverføringen, så sterk at han ble redd for om relasjonen var sterk nok til å tåle pasientens krise. Dette førte til at terapeuten oppsøkte veiledning om pasienten. Den karakteranalytiske veiledningsmodellen ble brukt. Den innebærer at terapeuten under veiledning av en kollega inntar tre ulike posisjoner for utforske både terapeuten, pasienten og deres relasjon. Først setter terapeuten seg i terapeutstolen, deretter inntas pasientposisjonen, og deretter setter terapeuten seg i en tredje mellomposisjon for å reflektere over erfaringene fra de to andre posisjonene. I terapeutposisjonen ble terapeutens uro og bekymring bekreftet. I pasientposisjonen kom terapeuten i kontakt med en annen uro, desperasjon og fortvilelse som var annerledes enn terapeutens bekymring. I den observerende posisjonen får terapeuten en betryggende opplevelse av at de er på rett vei ut fra hvordan de etter hvert forholder seg til hverandre, rammen de har og hyppigheten av timene.

Sletvold (2013) viser med vignetten og artikkelen at terapeuter i mindre grad bør vektlegge overlagte intervensjoner til fordel for verbale og non-verbale emosjonelle reaksjoner på pasientens kroppslig emosjonelle kommunikasjon. Med form og «hvordan» kan terapeutens aktivitet ses på som umiddelbare reaksjoner på pasientens emosjonelle kommunikasjon heller enn intervensjoner. Han mener at det innebærer et skifte i terapiforståelsen, der en endrer ideen om at terapeutisk endring er ensidig avhengig av kvaliteten på terapeutens intervensjoner. Isteden fremheves kvaliteten innen en relasjonell modell som fokuserer på trekk ved den dyadiske prosessen mellom to personer. Med det mener han en forskyvning fra verbal til affektiv kommunikasjon i psykoterapi, der den meningssøkende aktiviteten bærer preg av verbale intervensjoner/tolkninger, mens den emosjonelle inntoningen ses på som verbale og ikke-verbale reaksjoner innen det intersubjektive feltet. Sletvold avslutter artikkelen med at behandlingen og tilnærmingen må være fleksibel ut fra pasientens vansker.

Pasienter som har høy grad av refleksiv og verbal evne, kan ha nytte av behandling som vektlegger kroppslig emosjonell reaksjon, mens pasienter som har lite utviklet psykologisk språk, som ved alexithymi, psykosomatiske lidelser eller ved nedsatt mentaliseringsevne, kan i tillegg ha nytte av mer direkte fortolkninger og forklaringer (C. Lien, 2012; M. H. Lien, 2012; Sletvold, 2013).

Artikkelen «Training Analysts to Work With Unconscious Embodied Expressions: Theoretical Underpinning and Practical Guidelines» dreier seg om den teoretiske og kliniske karakteranalytiske videreutdanningen ved Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI) i Oslo slik den har utviklet seg fra slutten av 1990-tallet (Sletvold, 2012c). Psykoterapiutdanningen ved NKI dreier seg om at ved siden av verbalterapi skal kandidatene lære å utforske og utvikle tre aspekter av kroppslig (embodied) erfaring som brukes i karakteranalytisk terapi. For det første dreier det seg om å utforske egen kropp og den kroppslig emosjonelle selvtilstanden. Det andre går ut på å utforske kroppslig intersubjektivitet ved hjelp av imitasjon og sansning av den emosjonelle kroppstilstanden. Det tredje aspektet dreier seg om å kunne reflektere over likheter og ulikheter mellom egen og andres emosjonelle kroppstilstand. Den karakteranalytiske psykoterapiutdanningen støtter seg til en teoretisk antagelse der følelser gjenspeiler endringer i kroppstilstand. Endringene er påvirket av ytre forhold, men også av hukommelse og tanker. En annen antagelse er at den grunnleggende objektrelasjonen er mellom kropp og objekt, det vil si andre kropper, og ikke mellom selvet og objektet, som i den klassiske psykoanalysen. Følelsen av selvet er, ifølge Sletvold (2012c), resultatet av relasjonen, det vil si opplevelsen av subjekt–subjekt-relasjonen og ikke subjekt–objekt-relasjonen. Subjekt–subjekt-relasjonen er en del av bevissthet, selvet og karakterutvikling, og derfor er psykisk struktur relasjonell (Sletvold, 2012c). Subjektet blir beskrevet som et kroppslig selv, noe som medfører at intersubjektivitet kan utforskes gjennom indre imitasjon, som gir en refleksjon og mentalisering over en selv og den andre. Slik beskrives de tre kroppslig emosjonelle posisjonene i relasjonen. Av de tre kroppslig emosjonelle posisjonene utledes de tre tilhørende såkalte terapeutposisjonene, som beskrives som den autentiske, empatiske og objektive posisjonen. Sletvold (2012c) fremhever betydningen av at terapeuten skifter mellom den autentiske, empatiske og objektive terapeutposisjonen for å kunne respondere på pasientens behov og endringer i terapirelasjonen. Imitasjon og trening på å integrere og skifte mellom de tre terapeutposisjonene i relasjon med pasienten er en viktig del av den karakteranalytiske videreutdanningen. Sletvold henviser til teorier og forskning innen nevrovitenskap og utviklingspsykologi/spedbarnsforskning som understøtter den teoretiske

bakgrunnen for både den karakteranalytiske utdanningen og behandlingen. Både Damasio og den relasjonelle psykoanalysen mener at id eller proto-selvet er grunnleggende relasjonell og ikke driftsbasert, men fungerer som en evolusjonær overlevelsestilpasning for individet (Sletvold, 2012c). Damasio foreslår at selvet er assosiert til ubevisste nevrologiske nettverk som er knyttet til kroppslige tilstander, såkalt «embodied selv».

Oppdagelsen av speilnevroner har gitt opphav til betegnelsen implisitt indre imitasjon eller kroppslig emosjonell inntoning. Sletvold mener at imitasjon kan forstås som eksplisitt imitasjon i form av miming kombinert med implisitt imitasjon, også kalt kroppslig emosjonell inntoning. Implisitt imitasjon eller kroppslig emosjonell inntoning er i overveiende grad preget av å være ubevisste prosesser som har gitt opphav til den såkalte «magefølelsen». Forbindelsen mellom ytre og indre imitasjon brukes i karakteranalytisk undervisningssammenheng ved å gjøre spesifikke imitasjonsøvelser for å oppøve terapeutens ikke-verbale sensitivitet i det intersubjektive verbale samspillet.

Sletvold (2012c) fremhever den kroppslig emosjonelle refleksiviteten som den tredje viktige posisjonen. Den gjenspeiler den intersubjektive tredjeheten, vi-et eller det analytiske tredje som observerer og mentaliserer over det intersubjektive rommet. Sletvold understreker at denne kroppslig emosjonelle refleksiviteten utgjør en kombinasjon av terapeutens persepsjon av egen kroppslig emosjonell tilstand og terapeutens evne til å tone seg inn og imitere pasientens kroppslige emosjonelle tilstand. Det kroppslig emosjonelle selvet, den kroppslig emosjonelle inntoningen og imitasjonen samt den kroppslig emosjonelle refleksiviteten er også overført i den karakteranalytiske veiledningsmodellen, der terapeuten inntar de tre veiledningsposisjonene/stolene som representerer henholdsvis terapeuten, pasienten og den reflekterende posisjonen. Videre fremheves betydningen av å lære å veksle mellom den autentiske, empatiske og observerende terapeutposisjonen i terapisituasjonen (Sletvold, 2012c).

4.2.3 Relasjonsbegrepets fenomenologi i NPMF

Øien et al. (2011) sin artikkel «Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study» utforsker og beskriver kommunikative mønstre relatert til endring i krevende psykomotoriske behandlingssituasjoner. Studien knytter analyse og diskusjon til relasjonell psykoanalytisk litteratur som Safran og Muran (2000) og Bromberg (2006), og som omhandler alliansebrudd og forhandlinger samt betydningen av å dele erfaringer. Fokuset er hvordan psykomotorisk fysioterapeut og pasient kommuniserer verbalt

og nonverbalt i krevende situasjoner. Bakgrunnen for studien var blant annet relatert til andre undersøkelser som viser behovet for mer kunnskap om hvordan fysioterapeut–pasient-kommunikasjonen påvirker effekten av behandling og behovet for å lære kommunikasjonsferdigheter ved behandling av vanskelige pasienter. Det ble gjort en kvalitativ studie der elleve ulike NPMF-behandlingsrekker ble utforsket ved hjelp av dybdeintervju, fokusgruppeintervju, personlige notater og videoopptak av behandlingen. Det viktigste kommunikasjonsmønsteret som ble identifisert, var «søken etter felles grunnlag», og som ble beskrevet som en krevende forhandlingsprosess. Fysioterapeutene i studien beskrev viktigheten av å finne felles grunnlag for forståelse, der målet var felles utforsking av oppgaver og behandlingsmål, og der fysioterapeuten måtte være sensitiv for å justere behandlingen etter pasientens behov. Fysioterapeutene var opptatt av å sjekke ut om verbale eller nonverbale budskap var riktig fortolket av pasienten eller dem selv. Alle fysioterapeutene hadde et fokus på å hjelpe pasientene med å oppdage sitt handlings- og bevegelsesmønster ved bruk av bevegelser, massasje og refleksjon**.** Fysioterapeutene understreket forventninger om pasientens bidrag til å utforske seg selv. Det ble beskrevet som en krevende forhandlingsprosess å hjelpe pasientene med å forstå hva psykomotorikeren observerte hos pasienten med hensyn til muskelspenninger og hemmet pust. En pasient syntes prosessen gikk for langsomt, noe som førte til at psykomotorikeren ba pasienten om å vurdere om behandlingen var riktig for vedkommende. En annen fysioterapeut var opptatt av å tone seg inn på pasienten, mens en understreket betydningen av være tett på pasienten i tillegg til å se hele behandlingssituasjonen fra avstand. Noen beskrev hvordan de vurderte både pasient–terapeut-interaksjonen, og hvordan terapien utviklet seg. Pasientene på sin side beskrev at de måtte stole på psykomotorikerens forståelse av deres problem og observasjoner i begynnelsen av behandlingen. Dette skjedde før pasientene selv oppfattet hva slags tilbakevendende mønster de hadde i form av å tie, å trekke seg tilbake når noe var smertefullt, når de var på vakt eller når de holdt tilbake gråt. Prosessen ble opplevd som krevende, men pasientene beskrev at etter hvert som de ble bedre kjent med terapeuten, og ettersom bevegelser og symptomer ble utforsket, fikk de en opplevelse av avspenning og trygghet. Etter hvert evnet de å dele vanskelige opplevelser, ta imot forklaringer med hensyn til spenningsmønstre samt utforske gamle og nye handlings- og bevegelsesmønstre. Nesten alle pasientene fortalte at de deltok mer aktivt etter hvert, mens noen få lot terapeuten ta alle initiativ underveis. Studien viste at kommunikasjonsmønsteret var utsatt for to former for korte episoder av utfordrende brudd i kommunikasjonen. Det første bruddet ble beskrevet som mønstre preget av ambivalens og usikkerhet, og det andre bruddet som mønstre preget av utålmodighet og

uenighet. Brudd på grunn av ambivalens og usikkerhet oppstod i situasjoner der psykomotorikerne verken visste hvordan de skulle møte pasienten eller hva de skulle gjøre videre. Dette skjedde når pasienten ikke kjente noe, opplevde ubehag eller begynte å gråte. En psykomotoriker førte en indre dialog for å gjenvinne kontrollen, mens andre delte sin erfaring med pasienten og spurte om råd. Tålmodighet ble understreket som en viktig, men krevende faktor i behandling. Uenighet viste seg i episoder med konfrontasjon eller tilbaketrekning. Når behandlingen viste lite progresjon, beskrev psykomotorikerne at de ble konfrontert med sin egen uoppmerksomhet, stahet, irritasjon og utålmodighet så vel som sine egne forventninger til pasienten og behandlingen. De kunne kjenne på et behov for å presse pasienten til aktiv deltagelse. Pasientene på sin side beskrev uenigheter der de opplevde at terapeuten provoserte dem til å uttrykke deres behov, og der terapeuten påpekte vaner som å bite tenner, utføre øvelser mekanisk, ikke uttrykke smerter eller at de uttrykte smerter med et smil. Studien viser hvordan psykomotorikere blir uoppmerksomme på pasientenes relasjonelle budskap når de fokuserer for mye på oppgaver knyttet til behandlingen (Øien et al., 2011). På kort sikt kan dette begrense mulighetene for endring. Studien viste også forhandlinger om initiativ og ansvarliggjøring og en endring mot mer gjensidighet og symmetri i relasjonen etter hvert ved at pasientene tok mer initiativ og ansvar i behandlingen. I artikkelen henvises det til Safran og Muran, som har beskrevet brudd og forhandlinger i terapeutiske allianser (Safran & Muran, 2000; Øien et al., 2011). Små brudd i den terapeutiske relasjonen ble observert i alle behandlingene som artikkelen referer til. Det argumenteres for at alliansebrudd er uunngåelig i terapi, og at brudd det kan være nødvendig for endring. Ignorering av forhandlinger i krevende terapibehandlinger kan redusere behandlingsresultatene. Kommunikasjon om kommunikasjonen ble sett som en måte å åpne opp for dialog som har stagnert. Både pasienter og terapeuter beskrev krevende øyeblikk i samarbeidet. Samspillet ble et tema for samtale og gav pasientene en mulighet til å utforske deres handlingsmønstre. I artikkelen vises det til Brombergs vektlegging og betydningen av hvordan delte erfaringer skaper rom for relasjonelle forhandlinger, noe denne studien kunne vise til (Bromberg, 2006; Øien et al., 2011). Terapeutens bruk av indre dialog samt en kontinuerlig oppmerksomhet på hva som skjer i behandlingen, ses som betydningsfullt for å reparere brudd i samspillet. Øien et al. (2011) konkluderer med at krevende situasjoner kan medføre muligheter for utvikling og forbedring av behandlingen. En åpen og dynamisk forståelse for slike episoder kan være en kontrast til å definere pasienten som krevende. Dette kan bidra til nye behandlingsperspektiver. Denne studien viser til en endring fra å ha fokus på den krevende pasienten til å ha fokus på den vanskelige interaksjonen.

Den neste artikkelen, «Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psycomotor physioterapi» viser til pasienters narrative kroppslige erfaringer sett i et biopsykososialt perspektiv i løpet av to lange psykomotoriske behandlingsrekker (Øien et al., 2007). Artikkelen viser hvordan pasientene med vedvarende ryggsmerter opplevde NPMF-behandling. To narrative mønstre ble identifisert som å være nær eller å være distansert kroppen. Studien viser, ifølge Øien et al, hvordan NPMF kan hjelpe pasienten med å utvikle mulige helende fortellinger og økt opplevelse av kroppen ved å integrere kroppslig og verbal terapi. Samtalen i behandlingen beskrives som korte reflekterende innledende samtaler, deretter reflekterende samtaler knyttet til pasientens opplevelse av bevegelser og massasje, og avslutningsvis samtaler om symptomer knyttet til pasientens kontekst. Den terapeutiske samtalen beskrives av Øien et al som preget av å være utforskende og løsningsorientert. Terapeutens ekspertise ble sett som å stimulere til samtale der noe nytt kunne sies eller skje samtidig som terapeuten var i en posisjon av ikke å vite. Det innebar at terapeuten hadde en avventende lyttende holdning til pasientens historie, heller enn at terapeuten påpekte forholdet mellom smerte og psykiske forhold.

I denne studien brukte de elementer fra narrativ terapi som fremhever hvordan terapeuten og pasienten gjennom dialogen skaper en intersubjektiv virkelighet. Formålet med undersøkelsen var å utforske pasientenes selvfortellinger og kroppslige opplevelser knyttet til NPMF-behandling. Psykomotorikerne ble også intervjuet. Begge pasientene hadde vanskelige familierelasjoner som hadde ført til at følelser ble tilbakeholdt og oversett. En hovedfortelling dreide seg om å være delt i kropp og sinn. Behandlingsprosessen og fysioterapi-intervensjonene åpnet opp for nye puste- og bevegelsesmønstre. Pasienten som beskrives nærmere i artikkelen, opplevde etter hvert å få en større nærhet til kroppen og en bevissthet om nye gjensidige relasjoner, en gryende selvfølelse og større grad av selvavgrensing. Øien et al. viser til ulike behandlingssekvenser. En sekvens dreier seg om at pasienten holder pusten mens hun blir massert. Terapeuten spør nysgjerrig om hun kjenner forskjell, hvorpå pasienten forteller at hun ikke kjenner noe. Terapeuten fortsetter å massere uten å påvirke pasientens måte å puste på. Etter timens slutt reflekterer terapeuten over denne sekvensen med et ønske om ikke å utsette pasienten for noe mer press før pasienten har fått mer balanse. En annen terapisekvens dreier seg om at terapeuten masserer pasientens rygg for å redusere muskelspenninger og oppnå dypere pust. Pasienten bemerker at «ryggen kjennes ut som et skilpaddeskall, og når du tar på dem, så kjennes det bedre ut, og som om den trenger å bli tatt fra hverandre.» Terapeuten beskrives som oppmerksom på pustemønsteret ved massasje av

pasienten. Pusten påpekes ved at terapeuten spør om pasienten kan puste friere. Pasienten endrer pusten og bemerker at «dette føles godt. Det er nesten som å spise sjokolade».

4.3 Dimensjonal analyse og diskusjon av relasjonsbegrepet

I de ulike artiklene ble det identifisert mange meningsdimensjoner, og de ble kategorisert under hoveddistinksjoner som anses som sentrale for å analysere antagelser, teoribruk og likheter/ulikheter i relasjonsbegrepet. De meningsbærende enheter er ordnet inn under to dikotome hovedkategorier. Første hovedkategori er kropp versus sinn. Andre hovedkategori er en-person-fokus versus en-/to-/tredje-person-fokus.

I analysen er artiklenes meningsdimensjoner visualisert ved at de ulike forfatterne plasseres i kontinuum avhengig av hvor de anses å være i forhold til hverandre og innen de ulike kategoriene. Slik kan de ulike variantene av relasjonsbegrepene lettere bli synliggjort med hensyn til likheter, ulikheter og overlappinger.

4.3.1 Kropp og sinn

Kropp Sinn

Øien *Sletvold* *Killingmo* *Binder*

I meningsdimensjonene *kropp og sinn* er Øien et al (2007; 2011) sine beskrivelser av relasjonell behandling plassert mot det kroppslige ytterpunktet. Øien et al er også de eneste som beskriver en tilnærming som dreier seg om direkte manuelle og fysisk nære kroppslige intervensjoner. Artikkelen «Narratives of embodied experiences» har et utgangspunkt og hovedfokus på kroppslige forhold som pust, holdning, bevegelsesmønstre, øvelser og massasje, ved siden av reflekterende samtaler som søker å bidra til at pasienten i mindre grad opplever seg som delt i kropp og sinn (Øien et al., 2007). Den andre artikkelen som utforsker krevende psykomotoriske behandlingssituasjoner, viser også til et kroppslig utgangspunkt for behandlingen som er analysert ut fra teori om brudd og forhandlinger i kommunikasjonen (Øien et al., 2011). Artikkelen synes å bevege seg mer mot en relasjonell forståelse ved å utforske empirisk hva som oppleves som brudd fra henholdsvis et terapeut- og et pasientperspektiv. Binders (2006) artikkel om relasjonell psykoanalyse plasseres i den andre ytterligheten, det vil si mot sinnet, fordi kroppslige forhold eller kroppslig tilnærming overhodet ikke er belyst eller nevnt, noe som kan gi inntrykk av at den meningsbærende kroppen er fraværende i relasjonell psykoanalyse. Beskrivelsen av behandling og teori knyttet til relasjonell psykoanalyse er preget av samtale, intersubjektiviteten og relasjonen mellom

terapeut og pasient uten at kroppen nevnes eller tillegges spesiell betydning (Binder, 2006). Killingmos (2007) relasjonsorienterte karakteranalyse, som kobler relasjon og karakter, plasseres også mot en behandling som er rettet mest mot sinnet. Karakter blir beskrevet som det strukturelle og stabile i pasientens personlighet og uttrykkes i pasientens form, det vil si i kommunikasjons- og væremåte, mimikk og kroppsholdning, og ses som den såkalte underteksten i behandlingen. Når Killingmo derimot beskriver påpekning og tolkning av pasientens karaktertrekk i behandling, er det først og fremst pasientens form i betydning av språk og språkføring, og ikke i betydning av kroppslige uttrykk, som eksemplifiseres. Sletvolds (2012c, 2013) beskrivelser av den relasjonelle karakteranalytiske behandlingen plasseres i midten mellom kropp og sinn. Den karakteranalytiske tilnærmingen er vesensforskjellig fra NPMF ved at den er preget av samtaleterapi, og ikke av manualiserte kroppsintervensjoner og berøring. Den har en annen teoretisk, klinisk og relasjonell tilnærming til pasientens og terapeutens kropp i betydning av den emosjonelle bevisste og ubevisste kropp. Karakteranalytikeren anses å være i en relasjonell dyadisk prosess, der terapeuten deltar aktivt og reagerer på pasientens emosjonelle reaksjoner ved å skifte mellom de tre terapeutposisjonene. Fokuset er mindre på overlagte intervensjoner og vektlegger heller verbale og ikke-verbale emosjonelle reaksjoner på pasientens kroppslig emosjonelle kommunikasjon. Beskrivelsene og Sletvolds forståelse av den karakteranalytiske behandlingen viser hvordan han sammen med pasienten utforsker vanskelige relasjonelle temaer. Han viser hvordan han fortolker kroppslige emosjonelle uttrykk både i seg selv som terapeut, og hos pasienten for å forstå hva som skjer i det intersubjektive feltet mellom pasienten og terapeuten.

Binder (2006), Killingmo (2007) og Øien et al (2007; 2011) kan synes å ha en mer dualistisk holdning i sine beskrivelser ved at de ikke fullt ut integrerer kropp og sinn i form av embodiment eller den emosjonelle kroppen i den relasjonelle behandlingen. I artikkelen «Narratives of embodied experiences» beskriver Øien et al (2007) hovedsakelig pasientens intrapsykiske emosjonelle tilstand relatert til vanskelige relasjonelle oppvekstforhold. Beskrivelsen er i liten grad knyttet til en utforsking av det relasjonelle intersubjektive forholdet mellom terapeut og pasient. Killingmo (2007) og Binder (2006) er mest opptatt av sinnet i den relasjonelle behandlingen, mens Øien et al (2007; 2011) mest vektlegger kropp og kommunikasjon om kroppslige opplevelser og meningsbærende metaforer knyttet til kroppslige fornemmelser heller enn til relasjonelle intersubjektive forhold. Sletvold (2012c, 2013) viser med sine beskrivelser et mer integrert teoretisk og klinisk perspektiv på

embodiment, der sinnet og den emosjonelle kroppen både bevisst og ubevisst blir hensyntatt både hos pasient og terapeut i den relasjonelle behandlingen.

Killingmo (2007) og Sletvold (2012c, 2013) har sammenfallende teori om det karaktermessige begrepet, men det er allikevel ulikheter teoretisk og klinisk. Killingmo synes i den fenomenologiske beskrivelsen å beskrive karakter som en strategi, og er mindre opptatt av den emosjonelle kroppen og de kroppslige uttrykkene som viser seg i formen, enn det Sletvold teoretisk og klinisk beskriver. Sletvold kobler karakteranalyse med relasjonell psykoanalyse, mens Killingmo er mer preget av Freuds driftstenkning, egopsykologi og objektrelasjonsforståelse i sin relasjonsorienterte karakterforståelse. Killingmos og Sletvolds kliniske beskrivelser vitner også om store ulikheter i tilnærming og teknikk i behandlingen. Killingmo beskriver en mer tilbakelent, observerende og analytisk tilnærming til pasienten, der terapeuten i begynnelsen er avventende lyttende til pasienten overføringsaffekt. Sletvold beskriver terapeuten som en mer nær medaktør og et medsubjekt som toner seg inn og imiterer pasientens affektive kroppslige tilstand for å kunne kjenne etter og forstå pasientens overføring og sin egen motoverføring. En viktig forskjell er at Sletvolds karakteranalyse antar at den grunnleggende objektrelasjonen er mellom kropp og objekt, det vil si andre kropper, og ikke mellom selvet og objektet, som Killingmo postulerer. Det innebærer at Sletvold ser på selvet som et kroppslig selv, og at følelsen av selvet er et resultat av relasjonen. Det kroppslige selvet medfører at intersubjektivitet kan utforskes gjennom imitasjon. Sletvold kan tolkes som å ha en større grad av intersubjektiv holdning og kroppsorientert tilnærming i den karakteranalytiske behandling enn det Killingmo beskriver. Binder (2006) beskriver som Sletvold selvet som å være innvevd i relasjoner til andre mennesker, og terapeut og pasient tilstrebes å være i et symmetrisk subjekt–subjekt-forhold. Til forskjell fra Killingmo og Sletvold nevner ikke Binder kroppen, karakter og heller ikke innhold–form-perspektivet. Binder (2006) og Øien et al (2007; 2011) bruker ikke karakterbegrepet i sine artikler, selv om Øien et als artikkel beskriver en psykomotorisk tradisjon som sies å være influert av Reich. Binder er sannsynligvis ikke like influert av de reichianske karakteranalytiske norske etterdønningene innen psykoanalyse som Killingmo er, og forholder seg derfor mer til den relasjonelle psykoanalysen og deres teoretikere.

4.3.2 En-personfokus og en-person/to-person/tredje-person-fokus

Neste meningsdimensjon dreier seg om det bevisste og ubevisste relasjonelle og intersubjektive forholdet mellom terapeut og pasient i behandlingen. Artikkelforfatterne er plassert på et kontinuum mellom et fokus på en-person versus en-person/to-person/tredje-person.

En-personfokus		En-person/to-person/ tredje-person-fokus
Øien et al	*Killingmo*	*Sletvold* *Binder*

Øien et al (2007) synes å beskrive et en-person-fokus i artikkelen om «Narrative of embodied experiences» og er derfor plassert mot en-person-polen. De synes å ha mest oppmerksomhet på hva som skjer bevisst og ubevisst i pasienten, det vil si hva som skjer intrapsykisk med pasienten i behandlingen. Fokus er hovedsakelig på pasientens intrapsykiske opplevelse knyttet til kroppen og vanskelige relasjoner i fortid og nåtid. Hva som skjer bevisst og ubevisst i terapeuten og i selve relasjonen mellom terapeut og pasient, er lite beskrevet, tatt hensyn til eller teoretisert. Overføring og motoverføring-begrepet er fraværende i de to artiklene. Flere relasjonelle situasjoner som Øien et al (2007; 2011) beskriver kan tolkes som typiske overføring og motoverføring-reaksjoner uten at dette er reflektert eller teoretisert over. Eksempler på overføring og motoverføring-reaksjoner kan være beskrivelser som når pasienten trekker seg tilbake, holder pusten, er på vakt eller når fysioterapeutene beskriver sin ambivalens, usikkerhet og utålmodighet. Øien et al (2007) beskriver pasienten som et erfarende og sansende subjekt, men det er lite oppmerksomhet på terapeuten som medsubjekt og medaktør. Analysen og diskusjonen til Øien et al (2011) viser derimot ansatser og antydninger til å utforske et to-person- og et tredje-personfokus / analytisk tredje ved at det vises til at terapeuten delte sin erfaring med pasienten, og at fysioterapeuten hadde en indre dialog i vanskelige relasjonelle situasjoner. Dette nevnes som funn i deres analyse, men uten at det knyttes til ytterligere psykoanalytiske teorier og begreper. Det konkluderes med at kommunikasjon om kommunikasjonen kan åpne opp for dialog som har stagnert samt at fokuset må heller flyttes fra den vanskelige pasienten til den vanskelige kommunikasjonen. Mange av de relasjonelle beskrivelsene og funnene i artiklene kan knyttes og fortolkes til ulike relasjonelle psykoanalytiske teorier og forskning uten at dette gjøres, annet enn at det assosieres til psykodynamisk litteratur knyttet til brudd og forhandlinger i kommunikasjonen

(Øien et al., 2007; Øien et al., 2011). Det kan virke som om Øien et al ikke har reflektert videre over det ubevisste i relasjonen mellom pasienten og terapeuten. Øien et al sine beskrivelser av relasjon i artiklene kan heller forstås som beskrivelser av allianser mellom terapeut og pasient, preget av felles målsetning og en tillitsfull samarbeidsdyade, men som ikke omfatter fenomenet overføring/motoverføring, som er kjennetegnet på psykoanalytisk/psykodynamisk relasjonskompetanse.

Artiklene til Killingmo (2007), Binder (2006) og Sletvold (2012c, 2013) viser en felles relasjonell forståelse av en-/to-/tredje-person-fokuset, det vil si at fokuset de siste årene har dreid fra å handle om pasientens intrapsykiske forhold til en relasjonell forståelse av både pasientens og terapeutens bevisste og ubevisste bidrag i deres felles relasjon. Videre er det en felles forståelse for det analytiske tredje eller tredje-person-fokuset, der terapeuten inntar en observerende holdning for å reflektere over det som skjer i relasjonen. Killingmo beskriver ikke eksplisitt det analytisk tredje, men han beskriver det gjennom terapeutens tilbakelenthet og observerende analytiske holdning. Her anes det visse nyanser i hvordan Sletvold, Binder og Killingmo forstår begrepet tredjehet. Binder og Sletvold synes å bruke tredjehet i en mer intersubjektiv sammenheng enn Killingmo. Sletvold (2012c) beskriver det som en kroppslig emosjonell refleksivitet som gjenspeiler vi-et som observerer og mentaliserer over det intersubjektive rommet. Binder, Killingmo og Sletvold har felles beskrivelse av at pasientens tidligere relasjonelle erfaringer og mønstre projiseres og overføres på terapeuten, noe som skaper motoverføring hos terapeuten. Overføring/motoverføring-reaksjonene fremheves som sentrale begrep teoretisk og klinisk i alle artiklene, unntatt hos Øien et al (2007; 2011). Killingmo beskriver den relasjonsorienterte karakteranalysen som å la pasienten erfare hvordan pasienten opprettholder sitt eget lidelsesmønster ved å utspille og overføre sine gamle relasjonsmønstre. Dette er til forskjell fra Binder, som er kritisk til at terapeuten hovedsakelig anser pasientens opplevelser som forvrengning og projisering i overføringen, istedenfor at terapeuten bidrar med blant annet selvavsløring og er et medsubjekt i relasjonen. Både Binder (2006) og Sletvold (2013) beskriver terapier der en kan ane at de står for en større grad av intersubjektivitet enn Killingmos relasjonsorienterte karakteranalyse. Killingmo (2007) understreker derimot betydningen av å ha en analytisk distansert og observerende posisjon. Analytikerens selvrefleksjon er viktig i overføring/motoverføring for å kunne avgrense og tolke pasientens forsøk på å ta kontrollen over relasjonen. Killingmo hevder at relasjonsorientert karakteranalyse avgrenser seg fra det han kaller ytterliggående intersubjektivitet, det vil si at hans relasjonsorienterte psykoanalyse synes å ha en mer

distansert, påpekende, tolkende og konfronterende holdning overfor pasienten. Samtidig er Killingmo opptatt av at dette må skje varsomt og empatisk, og at «terapeuten må følge pasienten taktfullt og sensitivt lyttende bak». Derfor er Killingmos artikler plassert til venstre for Binder og Sletvolds i kontinuumet. I den sammenheng er det interessant at Øien (2011) refererer til at pasienter i NPMF-behandling opplever brudd og uenighet når terapeuten påpeker deres kroppslige vaner, manglende smerteuttrykk eller krav om å uttrykke sine behov. Øien et al (2011) sine empiriske funn kan tyde på en form for objektivisering av pasienten innen NPMF-behandling ved at terapeuten påpeker kroppslige forhold og uttrykk uten at det relasjonelle og overføring/motoverføring-reaksjoner er hensyntatt. Dette kan skape en asymmetri i pasient–terapeut-relasjonen, der psykomotorikeren vet, og pasienten får vite, istedenfor at de sammen utforsker. I artikkelen «Narratives of embodied experiences» vises det derimot til at terapeuten stimulerer til samtale der terapeuten ikke vet, men har en lyttende holdning til pasientens historie (Øien et al., 2007). Både Binder og Sletvold understreker betydningen av at de som terapeuter ikke er de som vet, men at de sammen med pasienten i det intersubjektive rommet utforsker i et overføring/motoverføring-perspektiv. Øien et al (2011) hevder at psykomotorikernes fokus på oppgaver kan føre til at de blir uoppmerksomme på pasientens relasjonelle budskap. Binder (2006) problematiserer også dette perspektivet ved å hevde at en overdreven oppmerksomhet på teknikk, der terapeuten er læremester, kan bidra til å ta bort fokus fra relasjonen. Sletvold (2012c, 2013) viser til at karakteranalysen bruker imitasjon, den observerende terapeutposisjonen og veiledningsmodellen for å forsterke terapeutens sensitivitet samt tone seg inn på pasientens emosjonelle tilstand. Dette kan forstås som teknikker for ikke å miste kontrollen i relasjonen. samt for å styrke den relasjonelle utforskningen. Binder (2006) imøtegår Killingmos kritikk om ytterliggående subjektivitet ved å beskrive terapeuten som en som prøver å forstå heller enn å vite ved å bruke sine teoretiske og kliniske kunnskaper.

4.3.3 Oppsummering av dimensjonsanalysen

Dimensjonsanalysen kretser rundt meningsdimensjonene kropp og sinn samt en-person versus en-/to-/tredje-person-fokuset. Analysen viser til skillelinjer mellom hvordan artiklene beskriver relasjon knyttet til kropp og sinn samt en- versus en-/to-/tredje-person-fokuset innen relasjonsorientert karakteranalyse, relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF. Dimensjonsanalysen kan tyde på at NPMF beskrives som en overveiende kroppslig, manualisert behandling som ikke har innreflektert det dynamisk ubevisste som skjer i relasjonen, som overføring/motoverføring og en-/to-/tredje-person-perspektivet. Funnene i

Øien et al (2011) sin artikkel kan tyde på en gryende relasjonell oppmerksomhet knyttet til to-/tredje-person-perspektivet, men uten at dette relateres ytterligere til psykodynamiske teorier eller begreper. Relasjonell psykoanalyse og karakteranalyse synes å være mer intersubjektivt orientert enn relasjonsorientert karakteranalyse. Beskrivelsene av relasjonsorientert karakteranalyse og karakteranalyse viser at begge er opptatt av karakterbegrepet, form og innhold, men Killingmo beskriver karakter som et strategibegrep. Binders beskrivelse av relasjonell psykoanalyse omhandler verken form, innhold eller den emosjonelle kroppen.

4.4 Er integrasjon mulig?

I innledningen ble det vist til elefantlignelsen, som kan ses som en metafor for i hvilken grad de tre behandlingsretningene har ulike, overlappende eller felles forståelse av relasjonsbegrepet. Sett i lys av relasjonsbegrepets historie, analyse av relasjonsbegrepets fenomenologi og metodologiske overveielser vil det i denne delen bli drøftet om teoretisk integrasjon av de ulike versjonene av relasjon er mulig.

Oppsummert kretser dimensjonsanalysen rundt meningsdimensjonene kropp og sinn samt en-person versus en-/to-/tredje-person-fokuset. Analysen viser til skillelinjer mellom hvordan artiklene beskriver relasjon knyttet til kropp og sinn samt en- versus en-/to-/tredje-person-fokuset innen relasjonsorientert karakteranalyse, relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og NPMF.

Dimensjonsanalysen kan tyde på at NPMF beskrives som en overveiende kroppslig, manualisert behandling som ikke har innreflektert en-/to-/tredje-person-perspektivet og det dynamisk ubevisste som skjer i relasjonen, som overføring/motoverføring. Dette kan se ut til å samsvare med det som ble antydet i den historiske gjennomgangen av relasjonsbegrepet i NPMF, der samtalen og det relasjonelle perspektivet først og fremst ble overlatt til psykoanalytikeren, noe som kan tolkes som en form for dualisme i kropp og sinn. Delingen av behandlingsperspektiv i kropp og samtaleterapi samt en kortere utdannelse kan trolig være medvirkende årsaker til at NPMF ikke har hatt samme refleksjon rundt, interesse for og kunnskap om det relasjonelle perspektivet og overføring/motoverføring. De psykoanalytiske/psykodynamiske videreutdannelsene har tradisjonelt kun vært for leger og psykologer, noe som sannsynligvis har medvirket til å begrense den relasjonelle psykodynamiske kunnskapen og refleksjonen innen NPMF. Historisk kan den psykomotoriske ressursorienterte kroppsundersøkelsen være et eksempel på en undersøkelse som synes å ta lite hensyn til det intersubjektive og relasjonelle forholdet mellom pasient og

terapeut. Den kan tolkes og forstås som å ha en påpekende og objektiviserende tilnærming til pasientens kroppslig emosjonelle uttrykk. Intersubjektive og relasjonelle forhold og betydningen av terapeuten som et medsubjekt, synes å ha lite fokus i den psykomotoriske undersøkelsen og kan derfor understøtte et en-person-perspektiv. Den påpekende og konfronterende psykomotorikeren er en av grunnene til det pasientene opplevde som brudd og uenighet i NPMF-behandling. I analysen ble flere kroppslig emosjonelle overføring/ motoverføring-reaksjoner (tilbaketrekking, holdt pust, ambivalens, utålmodighet etc.) omtalt. I et psykodynamisk relasjonelt språk kan disse kroppslig emosjonelle budskapene gi en større forståelse av hva som foregår i det intersubjektive feltet mellom pasient og terapeut. En oppmerksomhet knyttet til slike reaksjoner kan gi en dypere utforsking av pasientens relasjonelle utfordringer og terapeutens bidrag til reaksjonene. En nødvendig metodisk overveining knyttet til bruk av et psykoanalytisk/psykodynamisk relasjonsbegrep i NPMF kan være betydningen av «contextual or intratheoretical consistency». Funnene i Øien et al (2011) sin artikkel kan tyde på en økt relasjonell oppmerksomhet knyttet til to-/tredje-person-perspektivet, men uten at dette ytterligere relateres og knyttes til psykodynamiske teorier eller begreper. Psykoanalytiske/psykodynamiske relasjonsbegreper synes også å ha blitt utelatt i Gretlands bok om den relasjonelle kroppen i psykisk helsearbeid (Gretland, 2007). Metodisk er det dermed nødvendig å stille spørsmål ved om et relasjonsbegrep som er inkonsistent med eksisterende teori, kan være irrelevant i sammenheng med NPMF? Imidlertid kan utviklingen av NPMF tyde på at på at det metodisk sett ikke er bruk av et psykoanalytisk/psykodynamisk relasjonsbegrep som er utfordringen, men at behov for begrepet kan være et signal om at gjeldende teorigrunnlag innen NPMF kan trenge modifikasjon. Killingmo (2007) hevder at en behandling som ikke fokuserer på overføringsreaksjonen uten at affektive erfaringer fra infantile relasjonsscenarier blir aktivert, risikerer å bli opplevelsesmessig grunnere.

NPMF og Karakteranalyse har felles røtter med Freud og Reich. Begge retningene er opptatt av det kroppslige forsvaret og den ubevisste konflikten, men ellers har de to retningene hatt ulik faglig retning og utvikling. Karakteranalytisk kroppsorientert psykoterapi har utviklet seg fra å ha fokus på kroppslige, fysiske intervensjoner (vegetoterapiøvelser) til en mer ren samtaleterapi, der en er opptatt av overføring og motoverføring, av pasientens og terapeutens emosjonelle og relasjonelle kroppsspråk, og av det som skjer i det intersubjektive rommet. Interessen for kroppens fenomenologi i NPMF har bidratt til en endring fra et grunnleggende biomedisinsk syn til å anerkjenne pasienten som et sansende, meningsbærende, opplevende og relasjonelt kroppslig selv. Den fenomenologiske tankegangen innen psykomotorisk

fysioterapi åpner opp for det Skårderud et al. beskriver, nemlig pasientens subjektive erfaringer eller det de kaller innenfra-perspektivet, som en motsats til den tradisjonelle somatiske og medikaliserte pasientkropp (Lien, 2013; Skårderud et al., 2010). Dette gjenspeiler seg i hvordan Sletvold (2014) beskriver karakteranalyse, der han er opptatt av embodiment (den levende emosjonelle kroppens erfaringer) som en motsats til body (den fysiske kroppens erfaringer) og Engelsruds beskrivelser av den fenomenologiske kroppen (Engelsrud, 2006; Lien, 2013; Sletvold, 2014). Sletvold er i tillegg opptatt av terapeutens bidrag i den terapeutiske relasjonen med det han kaller «The embodied analyst» (Sletvold, 2014). Imidlertid synes det som om den fenomenologiske tilnærmingen i NPMF ensidig vektlegger pasientens opplevelser uten tilsvarende å utforske terapeutens opplevelser. Det synes som det relasjonelle perspektivet mellom pasient og terapeut har mindre oppmerksomhet. Tilsvarende er det lite teori knyttet til overføring og motoverføring samt terapeutens rolle og opplevelser av seg i terapirelasjonen. Dette samsvarer mer med et en-person-fokus enn et to-person-fokus, der den teoretiske og kliniske oppmerksomheten dreier seg mer om pasientens historie og opplevelser enn om hvordan terapeut og pasient bevisst og ubevisst relaterer seg til hverandre.

Til tross for en kroppsfenomenologisk dreining innen NPMF kan det virke som om relasjonelle psykodynamiske teorier ikke har hatt samme innvirkning på NPMFs teoriutvikling og grunnlag som det har hatt innen karakteranalysen. På slutten av 90-tallet tok karakteranalysen et teoretisk oppgjør med vegetoterapien ved blant annet å integrere relasjonell psykoanalytisk forståelse. Dette førte til endringer i behandlingsperspektivet fra å arbeide direkte med kroppen til å rette oppmerksomheten mot den emosjonelle relasjonen mellom terapeut og pasient, der fokus på den emosjonelle kroppen ses som betydningsfullt. Det relasjonelle skiftet førte også til en endring fra fokus på det intrapsykiske i pasienten til også å ha fokus på terapeuten som medsubjekt og medaktør. Teorier og forskning innen utviklingspsykologi, spedbarnsforskning, nevrovitenskap og oppdagelsen av speilnevroner kan synes å støtte det karakteranalytiske perspektivet på kroppslig emosjonell tilnærming. Karakteranalysen har fortsatt et kroppslig fokus, men nå i en mer emosjonell og relasjonell kontekst, der tidligere kroppslige intervensjoner heller er erstattet med en relasjonell kroppslig inntoning og sensitivitet, og der terapeuten reagerer emosjonelt på pasientens overføringer.

Som beskrevet i analysen, er det mange fellestrekk mellom relasjonell psykoanalyse, relasjonsorientert karakteranalyse og karakteranalyse. Overføring og motoverføring er et grunnleggende viktig og karakteristisk fellestrekk i alle retningene, unntatt i NPMF. Historisk

er både karakteranalysen og relasjonsorientert karakteranalyse influert av den karakteranalytiske arven etter Reichs opphold i Norge, men teoribakgrunnen i de to behandlingsretningene er ulik. Mens karakteranalysen er influert av relasjonelle psykoanalytiske teorier, synes den relasjonsorienterte karakteranalysen å være mer influert av egopsykologi og objektrelasjonsteori, der mer konfronterende tolkninger og påpekninger på pasientens overføringer er vektlagt. Killingmo beskriver en terapeutisk holdning av en terapeut som kan synes å ha en holdning av å vite, og som er opptatt av at pasienten ikke skal ta kontroll over relasjonen. Dette står i motsetning til karakteranalysen og relasjonell psykoanalyse, som vektlegger større grad av symmetrisk subjekt–subjekt-forhold mellom terapeut og pasient. Karakteranalysen synes å ha mer teoretisk fellesskap med den relasjonelle psykoanalysen enn med Killingmos relasjonsorienterte karakteranalyse ved at karakteranalysen har tatt opp i seg mye av de relasjonelle psykoanalytiske teoriene. Spedbarnsforskning, tilknytningsteori, utviklingspsykologi og nevrovitenskap er svært relevante teorier innen karakteranalyse og relasjonell psykoanalyse. Både relasjonell psykoanalyse og karakteranalyse synes å være mer intersubjektivt orientert enn relasjonsorientert karakteranalyse.

Killingmo og Gullestad (2005) advarer mot en for stor grad av ytterliggående intersubjektivitet, der grensene mellom terapeut og pasienten lettere viskes ut, og der det kan være fare for at terapeuten blir dratt inn i pasientens indre relasjonelle og destruktive relasjonsscenarier. Binder (2006) advarer på sin side mot en relasjonell traumatisering av pasienten ved at terapeuten ensidig tolker pasientens opplevelser som projisering og forvrengning i overføringen. Sletvold og Børstad (2012b) mener at det intersubjektive møtet er det mest avgjørende for terapeutisk endring og psykologisk utvikling ved at det har skjedd en endring fra paternalisme, der terapeuten vet hva som er best for pasienten, til at pasienten er en helt nødvendig samarbeidspartner. Tilsvarende mener de at synet på den rasjonelle analytiker som møter den irrasjonelle pasienten, har utviklet seg mer til en forståelse av at både analytiker og pasient har rasjonelle og irrasjonelle sider. Spørsmålet innen psykoanalytisk tradisjon er heller hvor omfattende konsekvenser den nye intersubjektive forståelsen skal ha for relasjonen mellom pasient og terapeut (Sletvold & Børstad, 2012a).

Dimensjonsanalysen viser at den relasjonelle psykoanalysen som Binder beskriver, er karakterisert av samtaleterapi der den emosjonelle kroppen synes fraværende. Karakter, den emosjonelle kroppen, form og innhold synes ikke å ha samme oppmerksomhet som innen

karakteranalyse. Relasjonsorientert karakteranalyse har en oppmerksomhet på pasientens karaktertrekk og på formen, men språk og stil synes mer vektlagt enn inntoning og imitasjon av den emosjonelle kroppen. Wallin (2007) kritiserer psykoanalytikere som kun bruker samtale som metode, for å ha neglisjert fokus på den emosjonelle kroppen. Spesielt fremheves traumefeltet, der pasienter med relasjonelle tilknytningsskader ofte sliter med dissosierte minner som ofte gjenspeiler seg ikke bare sensorisk, men også i kroppsholdning og bevegelser. Unnvikende eller avvisende pasienter med en vanskelig tilknytningshistorie har ofte lite kontakt med den emosjonelle kroppen (Wallin, 2007). Derimot kan fokus på en mekanistisk og teknikkfokusert tilnærming som ikke tar hensyn til det relasjonelle perspektivet i kroppslig behandling, opprettholde og forsterke pasientens avkobling (Lien, 2013).

En integrasjon av de ulike versjonene av relasjonsbegrepet synes vanskelig innen relasjonsorientert karakteranalyse, relasjonell karakteranalyse, karakteranalyse og NPMF. Som vist i analysen inneholder relasjonsbegrepet ulike meningsdimensjoner som gjenspeiler såpass store forskjeller at integrasjon kan synes vanskelig. I tillegg vurdert ut fra metodisk hensyn til gyldighet og pragmatisk og kommunikativ validitet synes en slik tilnærming utfordrende, også idet et forsøk på integrasjon vil kunne utfordre et relasjonsbegreps «internal consistency». Relasjon kan ha sitt unike «parsimony», men sannsynligvis ikke et integrert relasjonsbegrep. Innen NPMF er ikke grunnleggende relasjonelle psykodynamiske begreper nevnt eller reflektert over. NPMF viser med de siste års utvikling en relasjonell og intersubjektiv dreining. Imidlertid tyder analysen på at viktige og grunnleggende sider ved det psykodynamiske relasjonsbegrepet ikke er tilstrekkelig belyst og reflektert over i NPMF. Sett i lys av kontekstuell eller intrateoretisk konsistens kan det være legitimt å stille spørsmålstegn ved NPMFs oppfattelse av relasjonsbegrepet. Det kan være grunn til å stille spørsmål om NPMFs relasjonsbegrep er inkonsistent med eksisterende psykoanalytisk relasjonsteori. I så fall kan det tyde på at gjeldende relasjonsteori innen NPMF trenger en modifikasjon.

Dimensjonsanalysen viser mange grunnleggende fellestrekk og overlappinger, men alle tre terapiretninger har sine særtrekk med hensyn til hvilke teorigrunnlag de bruker, og de viser til store ulikheter i de kliniske beskrivelsene. Både karakteranalyse og relasjonsorientert karakteranalyse er opptatt av karakterbegrepet, selv om Killingmo kunne ha kalt karakter for strategi og karakteranalysen representerer en større vektlegging av den dyadiske intersubjektive prosessen. Dimensjonsanalysen peker i retning av at spesielt relasjonell

psykoanalyse kunne trenge å ha et større fokus på og forståelse for at kropp og sinn er to sider av samme sak. Relasjonell psykoanalyse kan også se ut til å ha behov for en mer kroppslig tilnærming. I den sammenheng kan det synes interessant for den relasjonelle psykoanalysen å reflektere over hvordan karakteranalyse har utviklet sine teorier og integrasjon av relasjonell psykoanalyse. I motsatt ende kan det tyde på at NPMF kunne ha nytte av å videreutvikle og reflektere over relasjonelle psykodynamiske teorier og begreper knyttet til den kroppslige psykomotoriske undersøkelsen og behandlingen. En slik integrasjon av ny relasjonell kunnskap og teori kunne ført til spennende refleksjoner over hvordan psykomotoriske kroppslige og manualiserte teknikker påvirker pasient–terapeut-relasjonen, og hva som egentlig er virksomme faktorer innen NPMF-behandling.

5.0 Avslutning

Innledningsvis ble relasjonsbegrepet etymologisk forstått som at der en pasient bærer på noe byrdefullt, kan en terapeut bringe tilbake og holde det byrdefulle sammen med pasienten, som lettere kan tåle trykket av det fordi forholdet mellom pasient og terapeut avføder og setter det byrdefulle inn i en sammenheng. Den etymologiske forståelsen kan minne oss om at alt mellommenneskelig samspill er relasjonelt.

Undersøkelsens problemstilling dreide seg om: *Hvordan kan relasjonsbegrepet forstås i psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi? Hvilke likheter og forskjeller har de i sin forståelse av relasjonsbegrepet, og er det mulig å integrere de enkelte tilnærmingene til begrepet?*

Begrepet relasjon ble undersøkt innen de tre behandlingstradisjonene/terapiretningene relasjonell psykoanalyse, karakteranalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Begrepet ble undersøkt og avgrenset etymologisk, historisk og fenomenologisk til å omhandle relasjon i et psykodynamisk/psykoanalytisk perspektiv. I alt ble seks sentrale artikler valgt ut for å representere de tre behandlingsretningene. Artiklene ble valgt ut for å kunne undersøke hvordan de ulike retningene beskriver det psykoanalytisk orienterte relasjonsbegrepet og hvordan det blir brukt og forstått, og hvordan retningene gjenspeiler de siste års teoretiske utviklingstrekk knyttet til relasjonsfeltet. Relasjonsbegrepet ble også satt inn i en historisk kontekst.

Bohleber et al (2013; 2015) sin metode ble valgt som hensiktsmessig å bruke i denne studien for analytisk å undersøke relasjonsbegrepet fra et historisk, teoretisk, metodologisk og fenomenologisk beskrivende perspektiv. I tillegg gis det en kort innføring i de tre tradisjonene/retningene i lys av psykoanalytisk/psykodynamisk tradisjon. Relasjonsbegrepets historie innen de tre tradisjonene/retningene er ment å gi en forståelse for hvordan begrepet har utviklet seg, oppfattes og brukes her og nå. Relasjonsbegrepets kliniske fenomenologi i de tre tradisjonene/retningene viser hvilke kliniske beskrivelser som gis av relasjonsbegrepet i artiklene som utgjør datamaterialet. Den dimensjonale analysen av relasjonsbegrepet er vektlagt og dreier seg om meningsdimensjonene *kropp og sinn* og *en-person versus en-person/to-person/tredje-personfokus*. Analysen kan tyde på en dualisme mellom kropp og sinn, der relasjonell psykoanalyse beskrives som ikke å behandle den emosjonelle kroppen, og der NPMF hovedsakelig har et kroppslig perspektiv med relasjonelle forhold som ikke er tilstrekkelig i fokus. Relasjonell psykoanalyse kunne trenge å ha et større fokus på og forståelse for at kropp og sinn er to sider av samme sak.

Analysen tyder på at NPMF blir beskrevet som en overveiende kroppslig og manualisert behandling som ikke har innreflektert det dynamisk ubevisste som skjer i relasjonen i form av overføring/motoverføring og en-/to-/tredje-person-perspektivet. Funn tyder på en økende grad av relasjonell oppmerksomhet knyttet til to-/tredje-person-perspektivet, men uten at dette relateres ytterligere til psykodynamiske teorier eller begreper. Relasjonell psykoanalyse og karakteranalyse synes å være mer intersubjektivt orientert enn relasjonsorientert karakteranalyse. Karakteranalysen og relasjonell psykoanalyse har et felles relasjonelt intersubjektivt forståelsesgrunnlag. Integrasjon av de ulike begrepsversjonene synes vanskelig, men studien kan tyde på at NPMF kan ha nytte av å videreutvikle og reflektere over relasjonelle psykodynamiske teorier og begreper knyttet til den kroppslige psykomotoriske undersøkelsen og behandlingen. Studien kan være et bidrag til å fremheve og reflektere over den felles psykoanalytiske/psykodynamiske arven og båndet mellom de ulike behandlingsretningene, samt å vise til hvor likt og ulikt relasjonsbegrepet kan oppfattes og beskrives. For NPMF kan et psykoanalytisk orientert relasjonsbegrep muligens bidra til å forstå og utforske vanskelige og utfordrende terapeut–pasient-relasjoner på en annen måte enn tidligere.

Diktet «Jeg holder ditt hode» var ment som en litterær innledning til å undersøke begrepet relasjon. Denne undersøkelsen har vist at hvordan vi som mennesker blir holdt og løftet og

kan holde og løfte, er og blir relasjonens gåte. Dette er et spennende utgangspunkt og en mulighet både for pasienter og terapeuter til sammen å gå inn i det intersubjektive rommet.

Referanser

Ahlsen, B., Mengshoel, A. M., & Solbrkke, K. N. (2012). Troubled bodies troubled men: a narrative analysis of mens stories of chronic muscle pain. *Disability and Rehabilitation, 34*(21), 1765-1773. doi:10.3109/09638288.2012.660601

Album, D. (1996). *Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.

Andersen, C. F. (2009). Vegetativ identifisering. Et interpersonlig nevrobiologisk fenomen. In M. Børstad & J. Sletvold (Eds.), *Den Terapeutiske dansen : kropp og relasjon i psykoterapi* (pp. 37-51). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Aron, L., & Lechich, M. L. (2012). Relational Psychoanalysis. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & P. P. D. Williams (Eds.), *Textbook of psychoanalysis = Psychoanalysis* (2nd ed. ed., pp. 211-224). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publ.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment : co-constructing interactions*. London: Analytic Press.

Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen : lær deg kognitiv terapi* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Binder, P.-E. (2006). Før og nå - forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*(9), 917-924.

Binder, P.-E. (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(8), 930.

Binder, P.-E. (2012). Før og nå. Relasjonell psykoterapi og forståelsen av overføring. In R. Ulberg, A. G. Hersoug, & T. Knutsen (Eds.), *Psykoterapi i utvikling* (pp. 47-61). Oslo: Akademika Forlag.

Binder, P.-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H., & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? ; nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Bohleber, W., Fonagy, P., Jimenez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment. *The International Journal of Psychoanalysis, 94*(3), 501-530.

Bohleber, W., Jimenez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2015). Unconscious phantasy and its conceptualizations: An attempt at conceptual integration. *The International Journal of Psychoanalysis, 96*(3), 705-730.

Braatøy, T. (1948a). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behaandling av armnevroser o.l. 1. Bevegelse, affekt og holdning. *Nordisk Medicin, 38*(19), 923-930.

Braatøy, T. (1948b). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevroser o.l. 2. Respirasjon, affekt og ord. *Nordisk Medicin, 38*(20), 971-976.

Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer : clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.

Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen : manual*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bunkan, B. H. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge. Wilhelm Reich og Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge : utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media.

Bülow-Hansen, A. (1995). Historikk. In B. H. Bunkan (Ed.), *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs* (pp. 4-15). Oslo: Pensumtjeneste.

Caprona, Y. C. d. (2013). *Norsk etymologisk ordbok : tematisk ordnet*. Oslo: Kagge.

Colombo, D. (2012). Freud and His Circle. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & P. Williams (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (2nd ed. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer : kroppens og emosjonenes betydning for bevisstheten*. Oslo: Pax.
Downing, G., Bürgin, D., Reck, C., Ziegenhain, U., Fivaz-D., E., Fitzgerald, H., . . . Paul, C. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother–infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal, 29*(3), 278-295. doi:10.1002/imhj.20177
Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *An International Journal for Theory, Research and Practice, 6*(2), 103-115. doi:10.1080/17432979.2011.568762
Ekerholt, K., Schau, G., & Mathismoen, K. M. (2009). Erfaringer fra samarbeid mellom psykomotorisk fysioterapeut og psykolo - 60 år etter Aadel Bülow Hansen og Trygve Braatøy. In K. Ekerholt (Ed.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (Vol. 2009 nr. 10). Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. for helsefag.
Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp* (Vol. 15). Oslo: Universitetsforl.
Fadnes, B., Brodal, P., & Leira, K. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl.
Fadnes, B., Brodal, P., & Leira, K. (2013). *Læringsorientert fysioterapi : teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
Grønseth, R. (1991). Eksistensiell karakteranalytisk vegetoterapi. In E. Grønseth & R. Grønseth (Eds.), *Karakternalaytisk vegetoterapi : I kjølvannet av Wilhelm Reich* (pp. 195-230). Oslo: Spartacus.
Gullestad, S. E. (2015). Er fellesfaktorer alternativet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 52, nummer 10*, 896-906
Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforl.
Harris, A. (2012). Transference, Countertransference and the Real Relationship. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & P. Williams (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 255-268): American Psychiatric Publishing.
Haugen, K. H. (1997). *En utdanning i bevegelse : 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforl.
Haugli, N. H. (2012). Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner ; Psychomotor physiotherapy and mental health care. Psychomotor physiotherapists reflections.
Heiberg, A. N. (2009). Berit Heir Bunkan. In K. Ekerholt (Ed.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (Vol. 2009 nr. 10, pp. 9). Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. for helsefag.
Heller, M. C. (2012). *Body psychotherapy : history, concepts, and methods*. New York: W.W. Norton & co.
Houge, N. H. (1995). Muskulære spenninger på psykogent grunnlag. In B. H. Bunkan (Ed.), *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs* (pp. 16-24). Oslo: Pensumtjeneste.
Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*
Johansen, R. (2012a). Psykoterapi og hjerne. In R. Ulberg, A. G. Hersoug, & T. Knutsen (Eds.), *Psykoterapi i utvikling* (pp. 217-231). Oslo: Akademika.
Johansen, R. (2012b). Utvikling - alltid relasjon, Psykodynamisk utviklingspsykologi. In R. Ulberg, A. G. Hersoug, & T. Knutsen (Eds.), *Psykoterapi i Utvikling* (pp. 131). Oslo: Akademika forlag.
Johnsen, L. (1990). *Det frigjørende åndedrett : integrert respirasjonsteori/terapi* ([Ny rev. utg.] med et tillegg om autonomi og samfunn. ed.). Oslo: Aventura.
Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Kernberg, O. (2012). SUICIDE PREVENTION FOR PSYCHOANALYTIC INSTITUTES AND SOCIETIES. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 60*(4), 707-719. doi:10.1177/0003065112449861

Killingmo, B. (2007). Relasjonsorientert karakteranalyse ; en posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Killingmo, B. (2014). Min vei i psykoanalysen. *Agora, 31*(01-02), 203-218.

Koch, P. M. (1990). *Trygve Braatøy og endringer i det moderne menneskebilde : hovedfagsoppgave i idéhistorie.* (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.

Kvåle, A., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2010). Sammenligning av to undersøkelsesmetoder innen psykomotorisk tradisjon: GFM-52 og DOK. *Fysioterapeuten*.

Kvåle, A., Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2012). Development of the Movement domain in the Global Body Examination. *Physiotherapy Theory and Practice, 28*(1), 41-49. doi:10.3109/09593985.2011.561419

Kvåle, A., Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2013). Development of the Palpation Domain for Muscle and Skin in the Global Body Examination. *Journal of Musculoskeletal Pain, 21*(1), 9-18. doi:10.3109/10582452.2012.762821

Kvåle, A., Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Ljunggren, A. E., & Friis, S. (2010). Development of the Posture domain in the Global Body Examination (GBE). *Advances in Physiotherapy, 12*(3), 157-165. doi:10.3109/14038196.2010.489618

Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Finding the Body in the Mind: Embodied Memories, Trauma, and Depression*: United Kingdom: Karnac Books.

Lien, C. (2012). "Det er som om relasjonene er blitt vanvittige". Ubevisst selvdestruktiv relasjonell gjentagelsestvang. In J. Sletvold & M. Børstad (Eds.), *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II* (pp. 165-202). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Lien, J. (2013). *Norsk psykomotorisk fysioterapis teorigrunnlag innen psykisk helsearbeid.* Eksamensoppgave i Psykisk helse og psykisk lidelse, PSMAPSYKH, Master i psykisk helsearbeid, HiOA. HiOA, Master i psykisk helsearbeid.

Lien, M. H. (2012). Uten ord for følelser. Karakteranalyse ved psykosomatiske lidelser. In J. Sletvold & M. Børstad (Eds.), *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II* (pp. 129-164). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Malt, U. F. (2012). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic techniques : working with emotion in the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.

Mehren, S. (1964). *Mot en verden av lys*. Oslo: Aschehoug.

Merleau-Ponty, M. (2009). *Kroppens fænomenologi* (2. udg. ed.). Frederiksberg: Det lille Forlag.

Meurle-Hallberg, K., & Radøy, L. (2009). Når kroppen er nabo med sjelen. Noen betraktninger om bevegelse - og psyko -analyse. In K. Ekerholt (Ed.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan* (Vol. 2009). Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. for helsefag.

Moe, E. (2010). *Kroppen som kunnskapskilde : Nic Waals somatiske psykodiagnostiske metode (WSP-metoden) : videreutvikling og klinisk anvendelse av metoden* (Vol. nr. 9). Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør Lovisenberg diakonale sykehus, Nic Waals institutt.

Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi: en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. Oslo: TANO.

Nielsen, G. H., & Binder, P.-E. (2014). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. In L. E. O. Kennair & R. Hagen (Eds.), *Psykoterapi : tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nylund, T., & Sletvold, J. (2009). Å få kjennskap til den andre ved bruk av imitasjon. In M. Børstad & J. Sletvold (Eds.), *Den Terapeutiske dansen : kropp og relasjon i psykoterapi* (pp. 53-61). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy, 49*(1), 53-61. doi:10.1016/S0004-9514(14)60188-4

Ryum, T., & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterapiforskning. In L. E. O. Kennair & R. Hagen (Eds.), *Psykoterapi : tilnærminger og metoder* (pp. 25-48). Oslo: Gyldendal akademisk.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Schjelderup, H. (1988). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378

Skårderud, F. (2010). Kjøttkunstneren, skrekkregissøren David Cronenberg om kjøttets lyst og om kropp og sinn ute av kontroll. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Skårderud, F., Stänicke, E., & Haugsgjerd, S. A. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sletvold, J. (2009a). I begynnelsen var kroppen. Emosjonelle kroppstilstander:teoretisk grunnlag og teoretiske implikasjoner. In M. Børstad & J. Sletvold (Eds.), *Den Terapeutiske dansen : kropp og relasjon i psykoterapi* (pp. 17-36). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sletvold, J. (2009b). Norsk Karakteranalytisk Institutt 1999-2009. Utvikling av en kropps- og relasjonsorientert karakteranalyse. In M. Børstad & J. Sletvold (Eds.), *Den Terapeutiske dansen : kropp og relasjon i psykoterapi* (pp. 312-314). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sletvold, J. (2010). Harald Schjelderup og den karakteranalytiske tradisjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Sletvold, J. (2011). “The Reading of Emotional Expression”: Wilhelm Reich and the History of Embodied Analysis. *The International Journal of Relational Perspectives, 21*(4), 453-467. doi:10.1080/10481885.2011.595337

Sletvold, J. (2012a). Harald Schjelderup og den norske karakteranalytiske tradisjon. In J. Sletvold & M. Børstad (Eds.), *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II* (pp. 293-327). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sletvold, J. (2012b). Karakteranalytisk utdanning: Teoretiske og praktiske retningslinjer. In J. Sletvold & M. Børstad (Eds.), *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II* (pp. 328-355). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sletvold, J. (2012c). Training Analysts to Work With Unconscious Embodied Expressions: Theoretical Underpinnings and Practical Guidelines. *The International Journal of Relational Perspectives, 22*(4), 410-429. doi:10.1080/10481885.2012.700875

Sletvold, J. (2013). "Sier du det" - et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst: from Freud and Reich to relationality*. London: Routledge.

Sletvold, J., & Børstad, M. (2012a). Introduksjon til Karakteranalytiske dialoger - Kropp & relasjon i psykoterapi II. In J. Sletvold & M. Børstad (Eds.), *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II* (pp. 11-15). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sletvold, J., & Børstad, M. (2012b). *Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II*. Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Sorteberg, V. (2009). Stillhet. In M. Børstad & J. Sletvold (Eds.), *Den Terapeutiske dansen : kropp og relasjon i psykoterapi*. Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.

Stern, D. N. (2007). *Her og nå : øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forl.

Stänicke, E., & Stänicke, L. I. (2014). Psykoanalytisk terapi. In L. E. O. Kennair & R. Hagen (Eds.), *Psykoterapi : tilnærminger og metoder* (pp. 73-90). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sundsvold, M. Ø., Vaglum, P., & Denstad, K. (1982). *Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse : til bruk i klinisk arbeid og forskning*. Oslo: Forfatterne.

Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? ; holdning og bevegelse i selvutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*.

Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *A European Journal, 17*(4), 609-624. doi:10.1007/s11019-014-9562-0

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi ; tenkning og tilnærming. *Utposten*.

Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford.

Wulff, H. R., Pedersen, S. A., & Rosengren, R. (1995). *Medicinsk filosofi*. Kbh: Munksgaard.

Øien, A. M. (2010). *Change and communication : long-term Norwegian psychomotor physiotherapy treatment for patients with chronic muscle pain.* University og Bergen, Bergen.

Øien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy, 9*(1).

Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(1).