

# Eksamensopgave I Psykologi

Problematikker i relationen mellem klient og terapeut, ved berøring som behandlingsmetode.

06/06-2011



**Resume:** I denne opgave undersøges hvilke problematikker der kan forekomme i relationen mellem klient og terapeut, ved berøring som behandlingsmetode. Opgavens metode er teoretisk, hvor der gennem præsentation, analyse og diskussion af relevant teori, svares på problemformuleringen. I opgaven konkluderes det at berøringsformen, ved den psykomotoriske behandling, er ukonkret, hvilket kan vanskeliggøre afstemningen af forventninger til behandlingen. Den psykomotoriske behandling foregår inden for den intime afstand, i proksemisk forstand, hvoraf man kunne formode at der er en risiko for at klientens grænser overskrides. De fleste mennesker har erfaret berøring som noget der finder sted i nære og kærlige relationer, hvormed det kunne tænkes at denne erfaring kunne skabe misforståelser ift. Opfattelsen af behandlingssituationen. Yderligere konkluderes det at overføring eller modoverføring kunne tænkes at besværliggøre relationen mellem klient og terapeut, i og med at der i den psykomotoriske behandling ikke arbejdes med bevidstgørelse af disse.

Nickie Maria Bolther Andersen

Vejleder: Katja Witthaus Franch

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indledning: .....	1
1.1. Problemformulering:.....	1
1.2. Opgavens metode og opbygning: .....	1
2. Teori:.....	3
2.1. Psykomotorisk behandling:.....	4
2.1.1. Den manuelle behandlingsmetode: .....	4
2.1.2. Delkonklusion: .....	5
2.2. Berøring og dens betydning: .....	6
2.2.1. Berøring: .....	6
2.2.2. Former for berøring:.....	6
2.2.3. Delkonklusion: .....	7
2.3. Relationen mellem klient og terapeut:.....	9
2.3.1. Den asymmetriske relation:.....	9
2.3.2. Neutralitet:.....	9
2.3.3. Den terapeutiske alliance: .....	10
2.3.4. Delkonklusion: .....	11
2.4. Problematikker i relationen ml. klient og terapeut ved berøring som behandlingsmetode:.....	12
2.4.1. Berøringsform for den psykomotoriske behandling: .....	12
2.4.1.1. Delkonklusion:.....	13
2.4.2. Proksemik:.....	14
2.4.2.1. Proksemik ift. psykomotorisk behandling:.....	15
2.4.2.2. Delkonklusion:.....	16
2.4.3. Overføring:.....	17
2.4.3.1. Positiv overføring.....	17
2.4.3.2. Negativ overføring:.....	17
2.4.3.3. Problematikker ved overføring i den psykomotoriske behandling:.....	18

2.4.3.4.	Delkonklusion.....	19
2.4.4.	Modstand: .....	20
2.4.4.1.	Modstand i psykomotorisk arbejde:.....	20
2.4.4.2.	Delkonklusion:.....	20
2.4.5.	Modoverføring .....	21
2.4.5.1.	Problematikker ved modoverføring i den psykomotoriske behandling:.....	21
2.4.5.2.	Delkonklusion:.....	22
2.4.6.	Andre faktorer ift. problematikker i relationen:.....	23
2.4.6.1.	Delkonklusion:.....	24
3.	Kildekritik:.....	25
4.	Konklusion: .....	26
5.	Perspektivering:.....	28
6.	litteraturliste: .....	29
6.1.	Bøger:.....	29
6.2.	Tidsskrifter og aviser mv.:.....	29
6.3.	Andre tekster:.....	29
7.	Attest vedrørende brug af uretmæssig hjælp .....	30

Anslag: 47.976

## 1. INDLEDNING:

Der har i en lang periode været fokus på den mulige sammenhæng mellem krop og psyke, hvormed psykomotoriske terapeuter for alvor er ved at finde deres plads inden for det sundhedsfaglige område i Danmark. Sammenlignet med andre grupper inden for sundhedsområdet er vi en nyere faggruppe, hvilket kan stille os overfor nogle indre eller ydre krav om at skulle præstere, samtidig med at der er begrænset mulighed for sparring i og med at der sjældent er flere psykomotoriske terapeuter ansat samme sted. Hermed er det vigtigt at være bevidst om eventuelle problematikker ved sit fag, for derigennem at være forberedt på løsningen dette, samt at kunne forsvare sin faggruppe.

Som studerende der er færdiguddannet om et halvt år, har jeg det som da jeg fik kørekort. Det er først nu at jeg skal til at lære det i praksis. Opgavens tema kan være med til at forberede mig på hvad der potentielt kunne opstå i en relation til en klient, nu hvor jeg ikke længere har mulighed for at modtage vejledning i min praksis.

Når man arbejder som psykomotorisk terapeut (herefter PMT) i behandlingssammenhæng, bliver man stillet overfor et paradoks. På den ene side er vi igennem vores behandling fysisk tætte på vores klient, samtidig med at vi er nærværende og på den anden side skal vi være professionelle og afgrænsede. Ved at svare på nedenstående problemformulering, håber jeg at komme nærmere et svar på dette paradoks.

### 1.1. PROBLEMFOMULERING:

*Hvilke problematikker kan der forekomme i relationen mellem klient og terapeut, i og med, at berøring er en væsentlig del af den psykomotoriske behandling?*

### 1.2. OPGAVENS METODE OG OPBYGNING:

Opgaven er en teoretisk opgave, hvor jeg gennem præsentation, analyse og diskussion af relevant teori besvarer problemformuleringen.

Opgaven er opbygget med en indledning der skaber overblik, efterfulgt af 4 hovedafsnit omkring den psykomotoriske behandling, berøring, relationen mellem klient og terapeut samt hvilke problematikker der kan forekomme i relationen mellem klient og terapeut ved berøring som behandlingsmetode. I afsnittene vil teorierne blive præsenteret, yderligere vil

de blive analyseret og i nogle tilfælde diskuteret. Opgaven opsamles og afsluttes med en konklusion og perspektivering.

Jeg vil i denne opgave fokusere på hvilke problematikker der kan opstå i relationen mellem klient og terapeut ud fra et psykodynamisk perspektiv ved inddragelse af Sigmund Freuds(1912a og b) "afhandlinger om behandlingsteknik", samt Geir Høstmark Nielsen og Anna Louise Von Der Lippes(1996) "psykoterapi med voksne". Derudover vil jeg inddrage Eline Thornquist(2000) for at repræsentere det sundhedsfaglige aspekt. Yderligere vil jeg inddrage teori omkring berøring og den psykomotoriske behandling.

Det kunne være interessant at se disse problematikker i lyset af udviklingspsykologien, samt Marshall B. Rosenbergs "ikkevoldelig kommunikation", dog vil jeg ikke inddrage dette da det ikke er muligt at repræsentere dette fyldestgørende nok, med opgavens omfang taget i betragtning. Yderligere kunne det være interessant at inddrage debatten om hvorvidt PMTer udøver terapi eller massage, men da vores teoretiske fundament er meget spinkelt ville dette ikke kunne belyses fyldestgørende i et fagligt perspektiv.

## 2. TEORI:

De anvendte teorier er sandsynligvis ikke de nyeste inden for dette område, hvor det nyeste er fra 2008(Lise Ahlmann) og det ældste fra 1912(Freud). Sidstnævntes begreber har overlevet tiden, og anvendes den dag i dag, muligvis i nyere fortolkninger, til trods for teksten næsten er 100 år gammel.

En af teorierne er fra en engelsksproget bog af Virginia P. Richmond og James McCroskey, oversættelsen af teorien er min egen.

I teorierne anvendes forskellige begreber for terapeuten, såsom pædagogen, lægen og lignende. Inden navneskiftet blev en PMT benævnt som afspændingspædagog, hvorfor der i de psykomotoriske tekster nogle gange refereres til pædagogen. I de inddragede tekster er pædagogen og afspændingspædagogen det samme som en PMT. Thornquist(2000) anvender primært begreberne; terapeuten og behandleren, disse gør sig ligeledes gældende for en PMT, da Thornquist(2000) netop taler om fagfolk inden for sundhedsarbejdet, hvor vi som faggruppe hører under. Nielsen og Von Der Lippe(1996) taler primært om terapeuten, hvoraf dette skal forstås som en terapeut inden for det psykologiske fagfelt. Freud(1912a og b) anvender begrebet lægen, hvori der her er tale om lægen der har en terapeutisk funktion som ved Nielsen og Von Der Lippe(1996).

En del af teorierne anvender ligeledes betegnelsen patient, hvoraf andre bruger betegnelsen klient. I denne opgave arbejder jeg ud fra at patienten og klienten er det samme, da der i begge tilfælde er tale om en person der har brug for hjælp fra en fagperson. Jeg vil i denne opgave selv anvende betegnelserne terapeut og klient, da det er de termer vi anvender på uddannelsen.

Jeg vil inden præsentationen af de valgte teorier, kort beskrive den psykomotoriske behandling således at dette står klart for resten af opgaven.

## 2.1. PSYKOMOTORISK BEHANDLING:

De anvendte teorier fra faget, er skrevet før studiet skiftede navn. Derfor skriver de i bøgerne om den afspændingspædagogiske behandling. Selvom professionsnavnet er ændret, er teorien stadig den samme, hvormed afspændingspædagogisk behandling er det samme som psykomotorisk behandling. Når jeg i denne opgave skriver psykomotorisk behandling, refererer jeg til den manuelle behandlingsmetode som beskrives nedenfor.

### 2.1.1. DEN MANUELLE BEHANDLINGSMETODE:

Ifølge Ruth Ryborg(2001) er den manuelle behandling en behandlingsmetode hvor terapeuten ved forskellige greb observerer og behandler hyper- og hypoton muskulatur. Ved hyper- og hypoton er der tale om henholdsvis over- eller underspændinger i muskulaturen. Psykomotorisk behandling tager, ifølge Røder(2004), afsæt i et holistisk menneskesyn, hvormed man stræber efter at se klienten som en helhed fysisk, psykisk og socialt. Dette videregives i den manuelle behandling hvor vi behandler den hele krop. Ved en klient med smerter i venstre skulder, behandles hele kroppen, da der alt andet end lige vil være kompensatoriske spændinger eller andre ubalancer et andet sted i kroppen(Røder 2004).

Ved behandling af hele kroppen får terapeuten et billede af klientens totale spændingsmønster, og behandlingen stræber efter fuldstændig eller delvis normalisering af dette. Ved spændingsmønster er der tale om at vi som mennesker hele tiden bruger kroppen, hvoraf der kan opstå spændinger, som mærkes i kroppens muskulatur. Dette spændingsmønster kan fortælle pædagogen om hvordan klienten bruger sin krop og om dette er hensigtsmæssigt(Ryborg, 2001).

Ifølge Susanne Drost(2007) anerkender vi samtidig at der er en psykisk vinkel knyttet til disse under- og overspændinger. Heri kan der både være tale om gamle og nyopståede ubalancer i spændingsmønstret. Et eksempel kan være ved et menneske der har været stresset i en periode, her vil dette kunne ses i vedkommendes spændingsmønster. Samtidig kan musklernes spændingstilstand fungere som et forsvar for klienten, forsvaret kan være dannet i barndommen(Drost, 2007). Afspændingspædagogen observerer løbende klientens reaktioner og afpasser behandlingen til vedkommendes aktuelle tilstand(Ryborg, 2001).

Under den manuelle behandling, hvori der laves greb i klientens muskulatur, spørges der til klientens sansninger og oplevelser. Efter behandlingen, får klienten mulighed for at

verbalisere sine oplevelser, og deraf blive bevidst om sine muligheder, ressourcer og begrænsninger(Røder, 2004)

### 2.1.2. DELKONKLUSION:

Den psykomotoriske behandling er en behandlingsmetode med fokus på at støtte klienten til at få et optimalt spændingsmønster, samt at blive bevidst om egne ressourcer, muligheder og begrænsninger fysisk, psykisk og socialt.

Hermed er den psykomotoriske behandling klarlagt, hvorfra jeg ud fra teorier af Lise Ahlmann(2008); Kerstin Moberg(2006); Richmond og McCroskey(1995); Thornquist(2000) og Røder(2004) vil beskrive berøring og dens betydning.

## 2.2. BERØRING OG DENS BETYDNING:

Der findes flere aspekter af begrebet berøring, såsom at blive berørt følelsesmæssigt, fysisk osv. Jeg vil i denne opgave fokusere på den fysiske berøring der finder sted mellem mennesker.

### 2.2.1. BERØRING:

Berøringssansen er den tidligst udviklede sans, og udvikles allerede i 6-8 uge i fostertilstanden. Ifølge Ahlmann(2008) får barnet en fornemmelse af sin krop gennem den voksnes kærlige berøringer.

For det spæde barn er berøring nødvendigt, da barnet ellers vil blive understimuleret. Den manglende berøring vil hæmme fordøjelsen og optagelsen af næringsstoffer(Moberg, 2006). Ifølge Røder(2004) vil understimuleringen også kunne få langt alvorligere konsekvenser såsom at barnet bliver sent udviklet, psykotisk eller dør. Huden adskiller barnets fra dets omverden og gennem blid berøring af denne kan barnet langsomt lære sit jeg - og sine egne grænser at kende(Røder, 2004).

Ved berøring stimuleres der til en øget frigørelse af hormonet oxytocin. Oxytocin øger smertetærsklen, samt virker som stress- og blodtrykssænkende(Røder, 2004). Ved øget oxytocinfrigørelse, øges interessen for andre mennesker, hvilket igen resulterer i en øget frigørelse af oxytocin. Dette er ifølge Moberg(2006) den gode cirkel, en cirkel der er med til at skabe følelsesmæssige bånd imellem mennesker. Yderligere påvirker oxytocin moderadfærd, parringsadfærd og graden af socialt samspil(Moberg, 2006).

Ifølge Thornquist(2000) kan kroppen rumme tilbageholdte følelser, hvormed berøring også kan være med til at skabe en kontakt til disse.

### 2.2.2. FORMER FOR BERØRING:

Richmond og McCroskey(1995) skelner mellem flere former for berøring, i det følgende vil jeg præsentere de to jeg finder mest relevant for denne opgave. 1) venskabelig berøring og 2) professionel berøring. Yderligere vil jeg koble Moberg(2006) og Thornquist(2000) på disse.

- 1) Den venskabelige berøring er handlingen hvor vi formidler at vi har en interesse for den berørte og at vedkommende betyder noget for os. En sådan berøring er en særlig

handling ift. Netop denne relation og ikke præget af ydre krav. Dog er berøringen oftest styret af nogle kulturelt bestemte og uskrevne regler(Richmond og McCroskey, 1995). Ifølge Moberg(2006) skaber berøring en følelse af afspænding og ro, samt får den voksne til at føle sig værdsat. I en relation fuld af kærlighed og nærhed vil berøring skabe forudsætninger for øget tryk og samspil(Moberg, 2006).

- 2) Den professionelle berøring, er den berøring man f.eks. oplever ved lægen, skrædderen og frisøren. Richmond og McCroskey(1995) beskriver denne berøring som en forretningsmæssig og upersonlig berøring, med fokus på at nå et mål. Fælles for disse professioner er at berøringen sker fordi der er en opgave der skal løses(Richmond og McCroskey, 1995). Ifølge Thornquist(2000) skal patientens problem være styrende for terapeutens berøring, hvormed denne er professionel. Faggrupper som lægen, frisøren osv. Kan betragte kroppen som et objekt og dermed løsrive kroppen fra personen og dennes følelser(Thornquist, 2000).

Berøring er som så meget andet underlagt nogle uskrevne regler som er styret af kulturen(Richmond og McCroskey, 1995). I vores kultur kan følgende områder berøres venskabeligt og relativt neutralt. Det gælder berøring på arme, skuldre, hoved, ryg og hænder. Berøring er yderligere også situationsbestemt og undersøgelser viser at man som menneske oftest foretrækker fysisk kontakt med mennesker man kender godt(Thornquist, 2000).

Ifølge Moberg(2006) kan berøring fra en sygeplejerske virke beroligende, hvis man er i en sårbar situation. Forskning viser at sygeplejerskens berøring sænker pulsen ved den syge patient, men i stedet hæver den ved den raske person(Moberg, 2006).

### 2.2.3. DELKONKLUSION:

Berøring er en stor og vigtig del af vores liv. Det er en metode hvormed vi kommunikerer til vores omgivelser at de er betydningsfulde, en sådan berøring har et venskabeligt præg. En anden slags berøring er den professionelle, der kan opleves ved lægen. Berøringen er kultur og situationsbestemt.

For at kunne undersøge hvilke problematikker der kan forekomme i relationen mellem klient og behandler, vil jeg først skildre netop denne relation.

## 2.3. RELATIONEN MELLEM KLIENT OG TERAPEUT:

Relationen mellem klient og terapeut udgøres af mange faktorer. I det følgende vil jeg præsentere nogle af disse inden for 3 kategorier. Den asymmetriske relation, herunder også rolle og status aspektet. Neutralitetsbegrebet af Freud(1912b), herunder også Thornquists(2000) tanker om neutralisering og afpersonificering. Og endeligt den terapeutiske alliance af Carsten Rene Jørgensen(1998), samt Thornquists(2000) syn på denne.

### 2.3.1. DEN ASYMMETRISKE RELATION:

Ifølge Thornquist(2000) er relationen mellem klient og terapeut præget af en ulighed i kompetencer og situation, dette kaldes en asymmetrisk relation. Ved asymmetriske relationer har den ene person mere magt eller myndighed end den anden. Relationen kan basere på flere former for magt eller autoritet. Eks. Kan den ene besidde en viden som den anden ikke gør. Ved den asymmetriske relation er parterne ikke hinandens fortrolige og har ikke de samme kompetencer. Eksempler på asymmetriske relationer, kan være forholdet mellem klient og terapeut, børn og forældre, ansat og chef osv. (Thornquist 2000).

Ifølge Thornquist(2000) bærer relationen også præg af begreberne status og rolle. Magtfordelingen tager afsæt i status, da terapeuten har status i kraft af sin uddannelse og derunder er terapeutens arbejde underlagt lovgivningen. Rollebegrebet har ifølge Thornquist(2000) at gøre med den konkrete praksis, hvormed den enkelte forvalter og udformer sin status. I denne betydning omfatter rollebegrebet alt det en person gør som fagligt uddannet. Arbejdet som behandler er lønnet og behandleren er derfor forpligtiget til at hjælpe klienten. En asymmetrisk relation kan være præget af ligeværd, selvom parterne ikke er ligestillede(Thornquist, 2000).

### 2.3.2. NEUTRALITET:

Ifølge Freud(1912b) bør relationen mellem klient og terapeut bære præg af terapeutens neutralitet. Med dette menes at terapeuten tager afstand fra sine egne følelser og erfaringer og forsøger at gå ind i relationen til klienten som et spejl. Hermed kan det ifølge Freud(1912b) give terapeuten mulighed for kun at gengive det der spejles, da terapeutens følelser og oplevelser er en reaktion på klientens overføring og ikke terapeutens egne grundtemaer.

Freud(1912b) opfordrer sine kolleger til at se kirurgen som sit forbillede, han sætter sine affekter til side for at udføre operationen bedst muligt. Begrebet overføring vil blive beskrevet mere indgående senere i opgaven.

Ifølge Nielsen og Von Der Lippe(1996) er forestillingen om terapeuten, der følelsesmæssigt er blank og neutral, meget urealistisk. I et møde mellem to mennesker, vil de bevidst eller ubevidst forsøge at placere hinanden i bestemte roller. Yderligere stiller Nielsen og Von Der Lippe(1996) spørgsmål ved hvorvidt neutralitetsbegrebet stadig er et terapeutisk ideal.

Thornquist(2000) anvender neutralitetsbegrebet på en anden måde, hvori hun skelner mellem neutralisering og afpersonificering. Ved neutralisering af situationen, er der ikke tale om neutralitet i Freuds(1912b) forstand hvor terapeuten er et spejl. I stedet fokuserer Thornquist(2000) på hvordan terapeuten forholder sig til klienten for at neutralisere situationen. Situationen kan neutraliseres gennem flere faktorer, eks. De ydre faktorer, egen opfattelse og ved at være opmærksom på ikke at overskride klientens grænser(Thornquist, 2000). Thornquists(2000) begreber tager afsæt i sundhedsarbejdet, hvor kroppen ofte indgår. Ved afpersonificering anses kroppen eks. Som en samling organer, den vil være løsrevet fra personen og dermed et objekt. Ifølge Thornquist(2000) er det antiterapeutisk at afpersonificere kroppen, da denne netop er en social størrelse der indeholder følelser og erfaringer.

### 2.3.3. DEN TERAPEUTISKE ALLIANCE:

I teksten "den terapeutiske alliance" redegør Jørgensen(1998) for de forskellige vinkler på denne alliance. Jørgensens(1998) definition af alliancen tager afsæt i Bordins opdeling af alliancen i 3 selvstændige og indbyrdes forbundne elementer:

- 1) En fundamental tillidsfuld og positiv relation.
- 2) Et fælles projekt, få klienten til at fungere bedre i sit liv. Målet skal forhandles og bygge på en vis grad af enighed mellem parterne.
- 3) Klienten vil acceptere og på sin vis identificere sig med terapeutens arbejdsmetode. Hvormed vedkommende vil stille spørgsmål og søge svar på samme måde som terapeuten. Yderligere vil terapeuten i et vist omfang tilpasse sine interventioner til klientens personlighed og patologi.

Samlet oplever klienten at terapeutens handlinger er hjælpsomme og velmenende (Jørgensen, 1998).

Ifølge Thornquist (2000) er møder i kliniske sammenhænge mere forudbestemte end i sociale sammenhænge. Dog er det i kliniske sammenhænge ligeså vigtigt, hvis ikke mere, at forhandle om regler og retningslinjer. I forhandlingerne forholder parterne sig til hinandens forestillinger om hvordan relationen skal være. Ifølge Thornquist (2000) er det yderligere klientens problem der skal være styrende for terapeutens handlinger hvormed der opretholdes en professionel relation.

#### 2.3.4. DELKONKLUSION:

Relationen mellem klient og terapeut er en asymmetrisk relation, hvor terapeuten har nogle kompetencer som klienten ikke har. Ved neutralitet ift. relationen er Freud (1912b) fokuseret på at neutraliseringen finder sted ved at terapeuten fungerer som et spejl. Hvorimod Thornquist (2000) lægger vægt på at neutraliseringen finder sted i terapeutens indstilling til klienten, samt at der kan være mange faktorer i spil ved neutraliseringen af en situation. Ifølge Nielsen og Von Der Lippe (1996) er det urealistisk at være følelsesmæssigt blank og neutral, da vi alle forsøger at placere hinanden i bestemte roller. Endeligt stiler relationen mellem klient og terapeut mod en terapeutisk alliance, hvor relationen er tillidsfuld med et fælles projekt. Og hvor klienten identificerer sig med terapeutens arbejdsmetode, og terapeuten tilpasser sine handlinger til klientens personlighed.

Jeg vil i det følgende løbende præsentere relevant teori for derefter at analysere det og diskutere det, ud fra et fokus på hvilke problematikker der kan forekomme i relationen mellem klient og terapeut, ved berøring som behandlingsmetode. Herunder vil jeg komme ind på begreberne proksemik, overføring, modstand og modoverføring, Forinden dette vil jeg først undersøge hvor den psykomotoriske behandling hører til ud fra den ovenstående beskrivelse af former for berøring.

## 2.4. PROBLEMATIKKER I RELATIONEN ML. KLIENT OG TERAPEUT VED BERØRING SOM BEHANDLINGSMETODE:

### 2.4.1. BERØRINGSFORM FOR DEN PSYKOMOTORISKE BEHANDLING:

Den psykomotoriske behandling der ellers burde være nem at placere, er ud fra Richmond og McCroskeys(1995) beskrivelse af former for berøring, noget vanskelig at placere. Det kunne forventes at denne ville ligge under den professionelle berøring, men hvorvidt den passer ind i Richmond og McCroskeys(1995) beskrivelse kan diskuteres.

Richmond og McCroskey(1995) beskriver den professionelle berøring som en berøring der stiler mod et mål. Dette stemmer godt overens med den psykomotoriske behandling hvori der forinden behandlingen er afklaret et eller flere mål for forløbet. Dog er denne berøring, ifølge Richmond og McCroskey(1995), forretningsmæssig og upersonlig, hvilket strider imod det psykomotoriske værdigrundlag. Her mødes det hele menneske, hvormed man kunne antage at berøringen både er nærværende og personlig.

Ud fra dette kunne man overveje om berøringen, i vores behandling, bevæger sig videre over i den anden kategori. Ved den venskabelige berøring har den, der berører, en interesse for den berørte, hvilket passer godt til vores berøring. Dog er vores behandling underlagt nogle ydre krav, hvilket ellers er et af kendetegnene for den professionelle berøring.

I den psykomotoriske behandling er fysisk nærhed og kontakt nogle aspekter af berøringen. Disse aspekter forbindes ifølge Thornquist(2000) normalt med kærlighed, intimitet og venskab. Dette kan give nogle udfordringer for terapeuten, både fagligt og fagpersonligt(Thornquist, 2000).

Thornquist(2000) nævner nogle forskellige kropsområder som man kan berøre forholdsvist neutralt. Disse områder er en del af vores behandling, dog har vi også berøring af mere private kropsområder såsom bryst-, mave- og ballemuskulatur. Man kan formode at disse kropsområder hører til den venskabelige om ikke andet en underkategori af denne. Man kunne f.eks. kalde det den intime berøring. Ifølge Thornquist vil en læge kunne berøre disse

områder inden for den professionelle kategori, da han, i modsætning til PMTer, anser kroppen for at være et objekt.

#### 2.4.1.1. DELKONKLUSION:

Set i lyset af ovenstående virker det til at den psykomotoriske behandling bevæger sig rundt et sted mellem Richmond og McCroskeys(1995) professionelle berøring og venskabelige berøring. Yderligere kunne det ud fra Thornquists(2000)teori, tyde på at den ligger nærmere den venskabelige berøring end den professionelle. Ud fra dette kunne det tænkes at der i den psykomotoriske behandling kunne opstå nogle problematikker, da berøringsformen ikke er særlig konkret.

## 2.4.2. PROKSEMIK:

Ift. Kommunikation kan man ikke komme uden om begrebet proksemik. Begrebet er oprindeligt udarbejdet af Edward T. Hall, og præsenteres her af Brørup og Hauge(1993), samt Thornquist(2000). Med proksemik menes der menneskets opfattelse og brug af rum. Alle mennesker har en grænse, ved at se på de fysiske afstande mellem mennesker kan man forsøge at analysere på relationen imellem dem(Brørup & Hauge, 1993). Brørup og Hauge(1993) skelner mellem 4 slags afstande, hvoraf de alle 4 indeholder 2 underkategorier med en nær og en fjern fase. Ved de 4 afstande er der tale om den officielle, den sociale, den personlige og den intime afstand. Underkategorierne vil jeg kun komme ind på under den personlige- og den intime afstand.

Den *officielle afstand* er det, som benyttes ved kendte offentlige personer, en stor afstand hvor der er mulighed for at flygte. Den *Sociale afstand* er i spil ved sociale sammenkomster, hvor man ikke kender hinanden, dvs. 1,30m – 3,75 m. Ved den *personlige afstand* kan man i den fjerne fase have folk på en arms afstand. I den nære fase er der mulighed for at holde ved eller gribe fat i den anden. Den *intime afstand* er ligeledes opdelt i en fjern og en nær fase. I den fjerne fase er man fysisk tæt på andre mennesker, men skaber alligevel en afstand. Eks. Man står tæt sammen i toget med mennesker man ikke kender, her sørger man for at blikket hviler et andet sted for derigennem at skabe en distance. Ved den nære fase kan man ikke komme tættere på hinanden, denne fase beskrives som erotikkens, trøstens og beskyttelsens afstand(Brørup og Hauge, 1993).

Thornquist(2000) udbygger proksemik begrebet ved at tilføje, *organisering i rummet som den private eller offentlige scene, samt hvordan vi forholder os til dette*. Hvis man kobler Brørup og Hagues(1993) definition på Thornquists(2000) udbygning, er der tale om kropslig afstand og brug af rummet. Ifølge Thornquist(2000) er det proksemikken der regulerer forholdene til autoritet -stor afstand, og intimitet -minimal afstand osv. Dermed er det den kropslige afstand og brug af rummet der fortæller hvem der er ven og uven. Et eksempel på dette kan være at, kærester ofte sætter sig tæt sammen med ansigterne mod hinanden, hvorimod to der er ikke bryder sig om hinanden, ofte vender ryggen eller siden til(Thornquist, 2000).

Ifølge Thornquist(2000) er det muligt at tolke ud fra disse afstande, men som med alt andet nonverbal kommunikation, mener hun at man skal se det ud fra konteksten.

Vi har alle en zone omkring kroppen, hvor ikke alle har tilladelse til at komme ind. Dette er

et subjektivt oplevet rum. Meget sundhedsarbejde arbejder indenfor dette rum, hvormed der kræves en særlig opmærksomhed ift. til den andens grænser og integritet(Thornquist, 2000). Ifølge Thornquist(2000) er afstanden i vores kultur, ofte så stor at vi ikke mærker kropsvarme fra, eller kan lugte kropslugte fra, den anden person. Yderligere kommer Thornquist(2000) ind på at den fysiske afstand er større ved forskel i status.

#### 2.4.2.1. PROKSEMIK IFT. PSYKOMOTORISK BEHANDLING:

Som Thornquist(2000) kommer ind på, foregår meget sundhedsarbejde indenfor den nære zone/afstand. Hvormed man som sundhedsarbejder især skal være opmærksom på ikke at overskride klientens grænser. I det psykomotoriske arbejde er relationen mellem klienten og terapeut professionel, men ved den psykomotoriske behandling overskrider vi de grænser der, i proksemisk forstand, normalt vil være i den professionelle relation.

I vores behandling kunne man forestille sig at vi bevæger os skiftevis rundt mellem den nære og fjerne fase inden for den intime afstand. Under behandlingen har klienten ofte lukkede øjnene eller blikket hvilende blidt et sted i rummet, hermed kunne man antage at klienten får mulighed for at distancere sig fra berøringen, hvormed at denne foregår i den fjerne fase. Dog kunne man overveje hvorvidt berøringen kunne være i den nære fase, i og med at klienten flere gange gennem behandlingen bliver spurgt til sansninger og oplevelser, og dermed bliver "tvunget" til at skulle være til stede i situationen og mærke sin krop. Hermed kunne det tænkes at klientens distance brydes for et øjeblik, da opmærksomheden pludselig flyttes.

Thornquist(2000) kommer ind på at graden af autoritet, intimitet o. lig. Afspejles i proksemikken. Hermed kunne man formode at jo mere asymmetrisk relationen er, jo større afstand er der mellem parterne. I den psykomotorisk behandling er der stort set ikke tale om en fysisk afstand, hvori man kunne formode at den asymmetriske relation kan udfordres. Yderligere kunne man forestille sig at der kunne opstå problematikker ved organiseringen af rummet, da den psykomotoriske behandling oftest foregår på en madras på gulvet. Dette kan syne som en mere hjemlig og privat organisering af rummet, hvormed man kunne formode at berøringen yderligere får et personligt og mere symmetrisk præg.

Omvendt kunne man forestille sig at forhandlingerne og forventningsafklaringerne, i den terapeutiske alliance, giver nogle ydre retningslinjer. Hvormed det kunne tænkes at klienten er forberedt på dette grænsebrud og/eller slet ikke oplever at få sine grænser overskredet.

#### 2.4.2.2. DELKONKLUSION:

Ud fra Brørup og Hauges(1993), samt Thornquists(2000) definition af proksemik, kan det konkluderes at den psykomotoriske behandling overskrider nogle grænser i proksemisk forstand. I og med at behandlingen foregår inden for den intime afstand der normalt er forbeholdt meget tætte og udvalgte relationer. Det kunne tænkes at relationen også ville blive udfordret yderligere ift. klientens erfaringer med berøring, samt oplevelse af situationen. Derudover kunne man også formode at den asymmetriske relation bliver mere sårbar overfor at få et symmetrisk præg. Omvendt kunne afklaringerne ved den terapeutiske alliance forberede klienten på dette, hvormed vedkommende ikke føler at grænserne bliver overskredet.

### 2.4.3. OVERFØRING:

Ifølge Freud(1912a) stammer overføringen fra patientens ubeviste, uopfyldte behov fra fortiden. Overføringen er bundet til forbilleder, og patienten forskyder ubevidste følelser og tanker, fra den gang, over på lægen(Freud, 1912a). I en bredere forstand, er der tale om elementer af overføring i alle mellem menneskelige relationer. Vi ser ikke andre mennesker nøjagtig som de er, men set i lyset af vores tidligere erfaringer(Nielsen og Von Der Lippe, 1996). Fælles for begge opfattelser er at der sker en overføring af ubevidst materiale.

#### 2.4.3.1. POSITIV OVERFØRING.

Freud(1912a) skelner mellem den positive og negative overføring, hvor han med den positive overføring eks. Taler om at patienten føler kærlighed overfor lægen. Nielsen og Von Der Lippe(1996) kommer ligeledes ind på den positive overføring, her beskrives den også som en idealisering og grænseløs beundring af terapeuten. Yderligere er både Freud(1912a), samt Nielsen og Von Der Lippe(1996) inde på at den positive overføring også kan komme til udtryk ved et erotisk præg. Positiv overføring er ofte mest gældende i terapiens indledningsfase(Nielsen og Von Der Lippe, 1996).

#### 2.4.3.2. NEGATIV OVERFØRING:

Freud(1912a) beskriver den negative overføring som en overføring af fjendtlige følelser. Nielsen og Von Der Lippe(1996) kommer ind på at patienten ved en negativ overføring oplever terapeuten som f. eks. Kynisk og afvisende. Hermed er der mulighed for at terapeuten bliver gjort ansvarlig for patientens oplevelse af skuffelse og onde følelser(Nielsen og Von Der Lippe, 1996).

Ifølge Nielsen og Von Der Lippe(1996) kan det, for den uerfarne terapeut, være vanskeligt at forholde sig terapeutisk til patientens overføringer. I perioder med stærk overføring, særligt den negative, kan det være svært at bevare det perspektiv, at en stor del af patientens reaktioner hører hjemme i en anden, tidligere uafklaret situation(Nielsen og Von Der Lippe, 1996).

Forholder lægen sig neutralt til overføringen ud fra Freuds(1912b)definition af begrebet,

vil lægen hermed skabe en mulighed for at patienten kan genopleve sine konflikter, hvormed disse kan gennearbejdes og bevidstgøres for patienten(Freud, 1912b).

#### 2.4.3.3. PROBLEMATIKKER VED OVERFØRING I DEN PSYKOMOTORISKE BEHANDLING:

Det kunne tænkes at overføringen kunne skabe nogle problemer i relationen mellem klient og terapeut. Hvis terapeuten taber perspektivet, hvori klienten reagerer på en tidligere hændelse, kunne man formode at det ville være svært ikke at tage det personligt i en eller anden grad. Hermed udfordres relationen mellem klient og terapeut. I tilfælde af at terapeuten mister perspektivet, kunne man antage at vedkommende ikke fuldt ud udnytter sine kompetencer, og dermed heller ikke vil kunne give den hjælp klienten oprindeligt var tiltænkt. I en sådan situation, kunne det tænkes at den asymmetriske relation vil bestå, men i en mindre grad end inden denne problematik.

Yderligere kunne man forestille sig at den psykomotoriske behandling kunne vække nogle følelser ved klienten, om eks. Et fortrængt overgreb, hvormed klienten med sin negative overføring ville kunne gøre terapeuten ansvarlig for disse følelser, og hermed føle at det er terapeuten der begår et overgreb.

Man kunne stille spørgsmålstegn ved hvorvidt den positive overføring ikke giver ligeså mange muligheder for problematikker som den negative. Ved en positiv overføring, hvor klienten eks. Idealiserer terapeuten, vil den uerfarne terapeut – eller måske den uopmærksomme, kunne tolke det som om at han eller hun udfører et godt arbejde. Man kunne forestille sig, at vi et eller andet sted, alle sammen gerne vil være gode og dygtige terapeuter, hvormed den positive overføring ville kunne blive et skulderklap til terapeuten i stedet for en udviklingsmulighed for klienten.

Yderligere kunne man forestille sig at en uopdaget positiv overføring i form af kærlighed ville kunne skabe nogle problemer. Igennem berøringen vil en PMT kunne risikere at bekræfte klienten i den kærlighed vedkommende oplever, hvormed der ikke er nogen bevidstgørelse og relationen udfordres i det asymmetriske aspekt. Omvendt kunne man også forestille sig at relationen ville fortsætte med at være asymmetrisk, men med en anden vinkel, såsom mor – barn relationen.

#### 2.4.3.4. DELKONKLUSION

Overføringen ville kunne blive et problem i den psykomotoriske behandling, i og med at vi ikke arbejder med - eller fokuserer på denne. Man kunne forestille sig at terapeuten gennem berøringen ville kunne skabe eller forstærke en negativ eller positiv overføring, som dermed ville kunne blive et problem, da vi ikke arbejder med bevidstgørelse af denne overføring.

#### 2.4.4. MODSTAND:

Ifølge Freud(1912a) er overføringen et udtryk for patientens modstand. Ved modstand er der tale om at patienten har modstand på helbredelse. Modstanden kan også være en måde, hvorpå klienten fratager eller mindsker lægens autoritet, da han i kærlighedsoverføringen degraderes til at være en elskende frem for en læge(Freud, 1912a). Ifølge Nielsen og Von Der Lippe(1996) er modstanden et udtryk for jegets behov for at beskytte sig imod, at fortrængte traumer og konflikter bliver bevidste.

Ifølge Røder(2004) kan modstand mod den psykomotoriske behandling komme til udtryk på mange måder, eks. Klienten har stramme cowboybukser på, der besværliggør behandlingen, eller at klienten altid kommer for sent, taler uafbrudt, spænder op i muskulaturen i det behandlede område osv.(Røder, 2004).

##### 2.4.4.1. MODSTAND I PSYKOMOTORISK ARBEJDE:

Som PMTer er vi ikke uddannet i at bevidstgøre overføringerne, hvormed man kunne formode at disse ofte mistolkes og klienten dermed ikke har den samme mulighed for at sige fra. Dog er der ifølge Røder(2004) andre områder man kan være opmærksom på, for derigennem at kunne møde klienten i sin modstand. Hermed kunne det tænkes at klienten, på trods af at PMTer ikke ser overføringen som en modstand, stadig har mulighed for at gøre modstand mod behandlingen og markere sine grænser.

Samtidig kunne man også overveje hvorvidt modstanden, i form af overføring, kan skabe problemer i relationen ved at forsøge at gøre den mere symmetrisk.

##### 2.4.4.2. DELKONKLUSION:

Selvom en PMT ikke anser overføringen som en modstand, er der mange andre faktorer hvorpå man kan være opmærksom på ikke at overskride klientens grænser. Modstanden kan dog give problemer i form af at give relationen et mindre asymmetrisk præg.

## 2.4.5. MODOVERFØRING

Ved modoverføring er der tale om terapeutens ubevidste overføring på klienten jf. Freud(1912a). Modoverføringen tager afsæt i terapeutens egne grundkonflikter(Freud, 1912a). I bred forstand er der tale om alle terapeutens følelsesmæssige reaktioner på klienten(Nielsen og Von Der Lippe, 1996). Ifølge Nielsen og Von Der Lippe(1996) er det vigtigt at terapeuten i en vis grad er sig bevidst om sine egne modoverføringer, da disse ellers vil udgøre en fare i terapiforholdet. Modoverføringen har karakter af irrationalitet, hvormed denne ville kunne blokere og forstyrre både patient og terapeut. Modoverføringen kan have positive eller negative aspekter, eks. Kan terapeuten være begejstret for eller forelsket i patienten(Nielsen og Von Der Lippe, 1996).

### 2.4.5.1. PROBLEMATIKKER VED MODOVERFØRING I DEN PSYKOMOTORISKE BEHANDLING:

Man kunne forestille sig at en forelskelse ville kunne forstærkes i den psykomotoriske behandling, hvor terapeuten har mulighed for at røre ved klienten. Denne forestilling bygger på at vi tidligere har belyst at denne berøring har nogle ligheder med berøringen der finder sted i nære relationer. Hvis terapeuten oven i dette også føler sig fysisk tiltrukket af klienten, vil der kunne opstå konflikter, såsom at klienten føler sine grænser er blevet overskredet, at berøringen helt mister sin grad af professionalisme og derigennem giver klienten en følelse af at være antastet. Klienten kan også være gensidig tiltrukket af terapeuten hvormed der kunne udvikle sig et kærlighedsforhold der er baseret på terapeutens modoverføring og/eller klientens overføring.

Omvendt kunne terapeuten også blive vred på klienten, fordi denne minder terapeuten om en person fra fortiden, der har været uretfærdig. Man kunne forestille sig at denne vrede også ville komme til udtryk kropsligt, hvoraf terapeuten måske ikke længere behandler med blide greb, men i stedet med hårde greb. Samtidig kunne det tænkes at grebene kunne være meget overfladiske, hvis terapeuten føler direkte afsky ved klientens personlighed og/eller udseende. Yderligere kunne man formode at denne vrede helt eller delvist ville blokere for klientens udvikling.

Generelt kunne man antage at modoverføringen, hvad enten den har et positivt eller

negativt indhold, vil forhindre terapeuten i at møde klienten på det plan hvor vedkommende er.

#### 2.4.5.2. DELKONKLUSION:

Relationen mellem klient og terapeut vil også blive udfordret ved modoverføringen i den psykomotoriske behandling. Modoverføringen vil gøre det vanskeligt for terapeuten at møde klienten på det plan hvor han eller hun befinder sig.

#### 2.4.6. ANDRE FAKTORER IFT. PROBLEMATIKKER I RELATIONEN:

Der er også andre faktorer der kan spille ind ift. Problematikker i relationen. Disse faktorer har ikke direkte at gøre med problematikker ift. berøring, men de kan være forudsætning for at problematikkerne udvikles yderligere eller bremses. De tre faktorer er 1) erfaring, 2) omgivelser og 3) sociokulturelle markører.

- 1) Ved erfaringer er der tale om egne erfaringer gennem livet, både for klient og terapeut. Disse er et vigtigt element i etableringen/opretholdelsen af den terapeutiske alliance, samt bevarelsen af den asymmetriske relation(Thornquist, 2000). Ifølge Thornquist(2000) afhænger vores måde at opfatte en situation på, af hvilke erfaringer vi har med fra tidligere i vores liv.
- 2) Omgivelserne spiller også en væsentlig rolle ift. Etableringen af relationen mellem klient og terapeut. Her kan erfaringen spille ind ift. Opfattelsen af omgivelserne. Ved omgivelserne menes der bl.a. hvordan rummene er indrettede og udsmykkede(Thornquist, 2000).
- 3) De sociokulturelle markører spiller ifølge Thornquist(2000) også ind i relationen mellem klient og terapeut. Ved sociokulturelle markører menes der, det der sidder om/uden på kroppen, som fortæller noget om hvem vi vil identificere os med, hvem vi tager afstand fra osv. Nogle eksempler på dette kan være frisure, påklædning, smykker, sminke osv.(Thornquist, 2000).

Disse tre faktorer kan skabe yderligere problemer i relationen mellem klient og terapeut. Men hvis man i stedet gør sig nogle overvejelser omkring dem, kan man anvende dem til at formindske de eventuelle problematikker der måtte opstå. Det kunne forventes at det ville være svært at vide hvilke erfaringer klienten kommer med, samt hvordan man kan møde vedkommende i disse. Dog kunne man formode at det ville være fornuftigt at undersøge sine egne erfaringer, for derigennem at blive bevidst om i hvilket lys man ser verden. Heraf kunne man forestille sig at man som terapeut ville være mere bevidst omkring sine egne mulige overføringer, samt om hvordan man ville reagere ved klientens mulige overføringer.

Som psykomotorisk terapeut kunne det tænkes at det var en god ide at overveje valg af og

indretningen af klinikken. Den psykomotoriske behandling foregår oftest på gulvet på en madras, hermed kunne man formode at dette måske, afhængig af klientens erfaringer, kunne associere til barndommen eller til noget seksuelt. Man kunne forestille sig at der ville være en forskel på om terapeuten behandler i en veletableret klinik eller i et lokale i sit eget hjem. Ved behandling i en hjemmeklinik, kunne det tænkes at være vigtigt at overveje indretningen af denne, samt overveje hvor meget klienten får at se af resten af hjemmet. Man kunne forestille sig at jo mere hjemlige omgivelserne er, samt jo mere der "afsløres" af terapeutens privatperson, jo sværere ville det være at bevare den asymmetriske relation.

Omvendt kunne det tænkes at relationen i stedet få et præg af en mor-barn relation, hvormed den asymmetriske relation stadig består, men i en anden form.

I tråd med dette kunne man formode at de sociokulturelle markører også ville kunne være anledning til problemer, men samtidig også kunne anvendes til at mindske disse. Det kunne tænkes at det ville være en fordel at man gør sig nogle overvejelser om hvilke værdier man står for og hvad man gerne vil signalere. Hermed kunne man formode at det ville være nemmere at træde ind i rollen som terapeut på en autentisk måde.

Man kunne antage at det ikke er muligt at gennemskue klientens erfaringer, hvormed det er svært at imødekomme denne faktor. Yderligere kunne man antage at de resterende 2 faktorer, omgivelser og sociokulturelle markører, ville kunne hjælpe hinanden til at finde balancen i relationen mellem klient og terapeut. Man kunne forestille sig at hvis man, ved det tidligere eksempel med en hjemmeklinik, bar en kittel og behandlede på briks, muligvis ville kunne udligne den symmetri der skabes af omgivelserne.

#### 2.4.6.1. DELKONKLUSION:

Man kan ikke beregne hvilke erfaringer klienten kommer med, men man kunne formode at hvis man er sine egen erfaringer bevidst, ville kunne mindske nogle af problematikkerne ift. Modoverføring og overføring. Det kunne tænkes at man ved at være opmærksom på indretningen af omgivelserne, samt brug af kulturelle markører, ville kunne afhjælpe nogle af de problematikker der evt. ville kunne opstå i relationen mellem klient og terapeut.

### 3. KILDEKRITIK:

Psykomotorik er en del af den sundhedsfaglige gruppe, men samtidig stadig, i et vist omfang, terapeutisk. Derfor skal der hele tiden vurderes hvilken litteratur der passer ind i vores fag, eksempelvis med Freud, eller Thornquist.

Som faggruppe er vi blandet af mange retninger, hvormed der er mange bud på hvad vi kan. Imidlertid er der ikke noget nyere litteratur omkring dette, og det ældre litteratur har ikke noget videnskabeligt grundlag.

Ryborg er meget anerkendt indenfor faget, og har været med til at udvikle dette. Ryborgs tekst er fra 2001, men baseret på et foredrag i 1973, hvormed der ikke er noget nyere viden ift. faget. Generelt, for Ryborg, Røder og Drost, er der ikke noget videnskabeligt fundament.

Da de i denne opgave primært anvendes til beskrivelse af behandlingsmetoden, har jeg valgt ikke at undersøge hvilke belæg de har for deres argumentationer.

Moberg går mere videnskabeligt til værks, dog er hendes forsøg hovedsageligt udført på dyr, hvormed der ikke er fuldt belæg for at det også er gældende for mennesker.

Generelt er meget af det anvendte litteratur af en ældre dato, dog har jeg valgt at inddrage det, da det er en del af pensum. Her er der bl.a. tale om Freud; samt Brørup, Hauge og Thomsen. Jeg forsøger at afhjælpe dette ved at koble det på lidt nyere litteratur. Freud kobles med Nielsen og Von Der Lippe, og Brørup, Hauge og Thomsen kobles med Thornquist.

Richmond og McCroskey har lavet flere nyere udgaver af den bog jeg har anvendt, senest i 2011. Bogen kan ikke lånes på de danske biblioteker i de nyere udgaver. Jeg har selv oversat teksten, hvormed der kan være nogle informationer der er gået tabt.

#### 4. KONKLUSION:

Relationen mellem klient og terapeut er en asymmetrisk relation, hvor terapeuten har nogle kompetencer som klienten ikke har. Den asymmetriske relation forsøges at opretholdes gennem neutralisering af situationen. Relationen mellem klient og terapeut stiler mod en terapeutisk alliance, hvor relationen er tillidsfuld med et fælles projekt. Samt hvor klienten identificerer sig med terapeuten arbejds metode, og terapeuten tilpasser sine handlinger til klientens personlighed.

Ved den psykomotoriske behandling, behandles den hele krop og klienten støttes til bevidstgørelse af egne ressourcer, muligheder og begrænsninger – fysisk, psykisk og socialt. Det kan være vanskeligt at finde ud af hvilken berøringsform den psykomotoriske behandling hører under. Berøringen svæver et sted mellem den venskabelige berøring og den professionelle berøring, dog med hovedvægt under den førstnævnte. Berøringsformen ved den psykomotoriske behandling er dermed ikke særlig konkret, hvormed man kunne forestille sig at det kan være svært at afstemme forventninger.

I proksemisk forstand foregår den psykomotoriske behandling inden for den intime afstand, hvoraf man kunne formode at klientens grænser overskrides. Hermed kunne man forestille sig at klienten muligvis ville kunne føle sig udnyttet, antastet eller andet.

Det kan tænkes at de fleste mennesker har erfaret berøring som noget der finder sted i nære og kærlige relationer. Man kunne formode at denne erfaring ville kunne skabe nogle misforståelser ift. Opfattelsen af situationen.

Disse faktorer kan gøre relationen sårbar ift. Overføringer og modoverføringer. I og med at vi som PMTer ikke anvender overføringen eller modoverføring bevidst i behandlingen, kan disse i stedet vanskeliggøre relationen mellem klient og terapeut. Man kunne forestille sig at terapeuten gennem berøringen ville kunne skabe eller forstærke en negativ eller positiv overføring, og da vi ikke arbejder med bevidstgørelse af overføringen, kunne det tænkes at denne får frit slag og på sin vis kan blive styrende for behandlingsforløbet.

Ved den positive overføring kan klienten eks. Blive forelsket i terapeuten, eller idealisere denne. Ved forelskelsen, kunne man forestille sig at klienten ville få bekræftet denne overførte kærlighed gennem terapeuten berøring. Ved idealisering af terapeuten, kan terapeuten tolke dette som om at han eller hun er en dygtig terapeut, hvormed man kan formode at klientens

grundtemaer ikke bliver bevidstgjort og at klienten dermed bliver bremset i sin udvikling.

Overføringen kan tolkes som klientens modstand på behandlingen, i overføring kan terapeuten få en anden rolle i klientens liv. Man kunne forestille sig at denne rolle normalt vil indgå i en symmetrisk relation til klienten. Hermed kan man formode at den asymmetriske relation udfordres.

I modoverføringen bliver relationen mellem klient og terapeut også udfordret. Ved modoverføring overføres terapeutens grundtemaer til klienten, hvormed man kan formode at klienten ses i lyset af terapeutens egne problematikker, hermed kunne man forestille sig at det er vanskeligt for terapeuten at møde klienten på det plan hvor han eller hun er. Yderligere kunne det tænkes at klienten låses fast i terapeutens grundtemaer, hvormed klienten begrænses i sin udvikling. Eks. Kan terapeuten føle stor afsky ved klienten, hvormed man kunne formode at klienten føler sig uønsket.

Generelt set kunne det tænkes at de fleste problematikker omhandler en sløring af den asymmetriske relation. Ved en sådan sløring kunne man formode at hele den professionelle situation kommer i fare.

Man kunne forestille sig at man, ved overvejelse over og anvendelse af egne erfaringer, omgivelsernes indretning samt de signaler der udsendes gennem de sociokulturelle markører, ville kunne afhjælpe nogle af disse problematikker. Yderligere kunne man formode at man gennem den terapeutiske alliance vil få afstemt forventningerne, hvormed man muligvis ville kunne undgå nogle af de nævnte problemstillinger.

## 5. PERSPEKTIVERING:

Det kunne være interessant at definere den psykomotoriske måde at neutralisere situationen på. Vi har mange metoder som vi kan anvende til, i behandlingen, "ikke at glide over i klienten". Ved definering af vores begreber og metoder kunne man forestille sig at der ville være en større sikkerhed i faget, og dermed også i vores berøringsform.

Samtidig kunne man fra studiets side også overveje at lave nogle supervisionsgrupper for de studerende der snart er færdiguddannede. Heri kunne det tænkes at der ville være en god sparringskilde for den enkelte PMT, der dermed også ville kunne blive styrket i sin fagidentitet.

Generelt kunne man, fra studiets side, overveje at arbejde med potentielle problematikker ved berøring, for at den studerende derigennem kan blive klogere på dette, samt sine egne erfaringer relateret til temaet.

Opgavemæssigt kunne det være interessant at se temaet i vinklen af udviklingspsykologien. Eller inddrage ikke voldelig kommunikation – girafsprog, der som bekendt bl.a. omhandler at finde årsagerne til konflikterne i sig selv, for derigennem at undersøge om denne teori kan afhjælpe nogle af problematikkerne.

Endeligt kunne man genåbne debatten om den psykomotorisk behandling som massage eller terapi, koble flere vinkler herpå, for derigennem at udvikle og præcisere vores faggruppe.

## 6. LITTERATURLISTE:

### 6.1. BØGER:

- Ahlmann, Lise(2008): Bevægelse og udvikling. 5. udgave 1. oplag. København. Hans Reitzels Forlag. Kapitel 5.
- Freud, Sigmund(1912a): Om overføringens dynamik. I: Olsen, Ole Andkjær og Køppe, Simo: Afhandlinger om behandlingsteknik. København. Hans Reitzels Forlag.
- Freud, Sigmund(1912b): Råd til lægen ved den psykoanalytiske behandling. I: Olsen, Ole Andkjær og Køppe, Simo: Afhandlinger om behandlingsteknik. København. Hans Reitzels Forlag.
- Mogens Brørup og Lene Hauge, kapitel 27. I: Brørup, Mogens; Hauge, Lene og Thomsen, Ulrik Lyager(Red.)(1993): Psykologibogen – om børn, unge og voksne. 1. udgave 11. oplag. København. Nordisk Forlag A/S.
- Moberg, Kerstin Uvnäs(2006): Afspænding, ro og berøring, om oxytocins helbredende virkning i kroppen. København. Akademisk Forlag. Kapitel 11, 12 og 13.
- Nielsen, Geir Høstmark og Von Der Lippe, Anna Louise(red.)(1996): Psykoterapi med voksne – fem synsvinkler på teori og praksis. København. Hans Reitzels Forlag.
- Richmond, Virginia P. og McCroskey, James (1995): Nonverbal behaviour in interpersonal relations 4. Udgave. Allyn & Bacon.
- Ryborg, Ruth(2001): Afspændingspædagogik – midler og praksis erfaring. I: Akasha, Ea Suzanne(2003): Afspændingspædagogik – tekster om faget 1946-2003. København. Forlag for Afspændingspædagogik & Psykomotorik 2003.
- Røder, Ingrid(2004): Holistisk afspænding – teori og metode. Forlaget Underskoven. Kapitel 1
- Thornquist, Eline(2000): Klinik kommunikation information. 1. udgave 3. oplag. København. Hans Reitzels forlag. Kapitel 1,2,3, 8 og 10.

### 6.2. TIDSSKRIFTER OG AVISER MV.:

- Jørgensen, Carsten René(1998): Den terapeutiske alliance. I: Psyke og Logos: Terapeuten – psykoterapiens svage led. Nr.1, 19, s. 148- 190.

### 6.3. ANDRE TEKSTER:

- Drost, Susanne(2007): Muskeltesten. 2. reviderede udgave.

## 7. ATTEST VEDRØRENDE BRUG AF URETMÆSSIG HJÆLP

I henhold til Undervisningsministeriets bekendtgørelse om prøver og eksamen § 19, stk. 2 og stk. 6, skal den studerende bekræfte, at den skriftlige besvarelse er udformet uden uretmæssig hjælp, dvs. at den studerende ikke uretmæssigt har anskaffet sig eller ydet hjælp, har udgivet en andens arbejde for sit eget eller anvendt tidligere bedømt arbejde uden henvisning.

Vedrørende nedenstående skriftlig besvarelse

Opgavetype: Eksamensopgave i Psykologi 06/06-2011

Opgavens titel: Problematikker i relationen mellem klient og terapeut, ved berøring som behandlingsmetode.

Forfatter(e): Nickie Maria Bolther Andersen

### **Bekræftelse:**

Undertegnede studerende bekræfter hermed, at den skriftlige besvarelse er udfærdiget uden uretmæssig hjælp.

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_